

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

568

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Ahmed MOUKTAR

Né le 15 janvier 1903 à Kibis (Turquie)

Contribution au diagnostic et au traitement de la grossesse tubaire

**Doit-on opérer toute grossesse tubaire
diagnostiquée ?**

Président : J.-L. FAURÉ, Professeur.

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

—
1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Ahmed MOUKTAR

Né le 15 janvier 1903 à Kibis (Turquie)

Contribution au diagnostic. et au traitement de la grossesse tubaire

Doit-on opérer toute grossesse tubaire diagnostiquée ?

Président : J.-L. FAURE, Professeur.

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

—
1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
»	BEZANÇON.
»	CARNOT.
»	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENI.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurol. et Psychiâtrie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).. . . .	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
BROCC	Patholog. chirurgicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
BULLIARD	Histologie.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiâtrie.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	MOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	OBERLING	Anatomie pathologiq.
DONZELOT	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAILLIS	Patholog. chirurgicale.
FEY	Urologie.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GALLIARD	Parasitologie.	PORTES	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	QUENU	Patholog. chirurgicale.
GATELLIER	Patholog. chirurgicale.	RICHET	Physiologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Patholog. chirurgicale.	SANNIÉ	Chimie biologique.
GAYET	Physiologie.	SENEQUE	Patholog. chirurgicale.
GIROUD	Histologie.	SÉZARY	Dermatol. et syphiligr.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TROISIER	Pathol. expérimentale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.	TURPIN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.	VALLERY-RADOT	
HUGUENIN	Anatomie pathologiq.	(Pasteur)	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.	VELTER	Ophthalmologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.	VIGNES	Obstétrique.
LACOMME	Obstétrique.	WILMOTH	Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LEROUX	Anatomie pathologiq.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
BRULÉ	Clinique médicale.	MOURE	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	GUENIOT	Clinique obstétricale.
HARVIER	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
LIAN	Clinique médicale.	LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Son Eminence MUSTAPHA KEMAL, Président de
la République turque.

Humble témoignage de respectueuse fidélité.

A mon PERE.

A ma MERE.

A ma FEMME et à mon FILS.

A mes FRERES.

A ma SŒUR.

A mes BEAUX-PARENTS.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis FAURE.

Professeur de Clinique gynécologique.

Chirurgien de l'Hôpital Broca.

Membre de l'Académie des Sciences.

et de l'Académie de Médecine.

Commandeur de la Légion d'honneur.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage reconnaissant et respectueux.

A mon Maître

Le Docteur DOUAY,

Chef des Travaux gynécologiques à l'Hôpital Broca.
Chevalier de la Légion d'honneur.

*Qui nous a suggéré le sujet de cette thèse et
aidé de ses précieux conseils.*

Hommage de notre vive gratitude.

A nos MAITRES dans les Hôpitaux :

M. le Professeur GOUGEROT.

M. le Professeur BEZANÇON.

M. le Professeur LEGUEU.

M. le Professeur LARDENNOIS.

M. le Docteur ROBINEAU.

M. le Docteur CATHALA.

M. le Docteur DEVRAIGNES.

A ma Camarade

**Mme la Doctoresse BRIAN-GARFIELD,
Chirurgien des Hôpitaux.**

Introduction.

Frappé de la fréquence des grossesses tubaires et des difficultés que le médecin éprouve parfois pour prendre une décision chirurgicale efficace, il nous a semblé intéressant d'en faire le sujet de notre thèse. Notre Maître, le docteur Douay, chef des travaux gynécologiques à la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, nous a vivement engagé à insister particulièrement sur les difficultés du diagnostic et les problèmes délicats soulevés par le traitement de ces grossesses extra-utérines. En effet, comme nous le verrons dans l'exposé de notre modeste travail, d'un diagnostic précoce peut dépendre la vie de la femme, souvent surprise en pleine santé apparente par une rupture de la trompe gravide, qui, sans opération immédiate, se termine rapidement par la mort. Au contraire, certains cas d'hémato-salpinx sans rupture tubaire peuvent guérir sans opération.

Dans les pages qui suivent, nous esquisserons la classification des grossesses extra-utérines, la symptomatologie de la grossesse tubaire à ses différentes périodes. Le diagnostic retiendra davantage notre attention; nous le diviserons en deux parties, telles qu'elles sont classiquement traitées : avant le cinquième mois

et après le cinquième mois. Nous insisterons particulièrement sur les acquisitions récentes des procédés de diagnostic, notamment les procédés biologiques. Le traitement sera également envisagé aux différentes périodes et avec fœtus mort ou vivant, en présentant les diverses techniques opératoires utilisées. Quelques observations inédites que nous avons recueillies dans le service de M. le professeur Jean-Louis Faure compléteront notre exposé. Ne voulant pas surcharger cette thèse d'une compilation bibliographique trop étendue, nous nous sommes contenté de recherches bibliographiques relatives à ces trois dernières années, en notant au bas des pages les références bibliographiques antérieures et ayant servi au texte de notre travail.

Classification et Symptômes cliniques

La grossesse tubaire constitue la forme la plus fréquente de la grossesse extra-utérine; on l'observe dans plus de 80 0/0 des cas de grossesses ectopiques (Maygnier et Schwob), 83,5 0/0 (Schrenk), 90 0/0 (J.-L. Faure).

Considérée autrefois comme une affection rare, elle est, comme le fait justement remarquer M. le professeur J.-L. Faure, très fréquente, depuis que la multiplicité des interventions abdominales a permis de le constater. Il semblerait même qu'elle aurait une tendance à augmenter de fréquence. C'est ainsi que Bernhard (1) remarque qu'au cours de ces dernières années, le nombre des grossesses ectopiques, tubaires surtout, a augmenté considérablement. Se basant sur une statistique personnelle de Bâle, il attribue ce fait surtout à la fréquence de la blennorragie, des avortements, des procédés anticonceptionnels et des affections inflammatoires (entre autres l'appendicite chronique).

Dans notre travail nous excluons par conséquent les autres grossesses extra-utérines, ovariique et abdomi-

(1) BERNHARD (E.). — Ueber die Zunahme der Tubengravidität sachem. — *Zeitschr. f. Geburts u. Gyn.*, 1933, T. CV, f. 1.

nale. Mais la gestation tubaire elle-même présente diverses formes suivant le siège de l'implantation de l'œuf, suivant qu'elle se trouve à son insertion de l'utérus, sur son trajet ou près de l'ampoule.

On distinguera ainsi :

- 1° *La grossesse turbo-utérine ou interstitielle*, dans laquelle le kyste fœtal fait corps avec l'utérus;
- 2° *La grossesse tubaire proprement dite* avec ses deux formes :
 - a) La grossesse isthmique;
 - b) La grossesse ampullaire.
- 3° *La grossesse tubo-abdominale*, dans laquelle le kyste fœtal fait saillie dans l'abdomen.

Enfin des formes exceptionnelles, telles que :

- a) La grossesse de la frange ovarienne;
- b) La grossesse dans une trompe accessoire;
- c) Les grossesses ectopiques développées dans des moignons de trompe incomplètement extirpée.

La forme incontestablement la plus fréquente est la forme ampullaire (Couvellaire). La grossesse tubaire se présente aussi souvent à droite qu'à gauche; parfois elle peut être bilatérale, parfois coexister avec une grossesse normale. Quelles que soient les variétés anatomiques de ces grossesses extra-utérines, cliniquement elles présentent des symptômes à peu près identiques.

Mondor est convaincu « du grand nombre des grossesses extra-utérines ignorées, avant et pendant leurs plus gros accidents; avant parce que l'on attend, à tort, des signes de grossesse et des signes topographiques de grossesse latéro-utérine; pendant les accidents aussi, parce que l'on attend des signes cataclysmiques qui ne sont pas la règle. On veut à la maladie, dans

ses débuts, une symptomatologie trop parfaite et aux complications une gravité qui, au lieu d'être évidente, est souvent cachée ».

La plupart des auteurs sont d'accord pour constater qu'il est rare qu'une femme vienne consulter au début d'une grossesse extra-utérine. Elle présente les signes habituels d'une grossesse et les troubles qu'elle peut avoir à ce moment attirent peu son attention; le plus souvent c'est au cours d'un examen fortuit qu'on trouve une masse annexielle. Comme le fait remarquer Pinard, il est des grossesses extra-utérines qui peuvent évoluer jusqu'au terme d'une façon silencieuse, sans déterminer le moindre accident, le moindre trouble fonctionnel. Il faut ajouter d'ailleurs que ce fait est absolument exceptionnel.

En général, les accidents du début surviennent en pleine santé, au cours des premiers mois de la grossesse ectopique : crise douloureuse, écoulement sanguin plus ou moins abondant, avec expulsion d'une caduque, ou bien hémorragie intra-péritonéale par rupture ou avortement tubaire.

Pour Mondor, les douleurs vives sont très rares. En général ce sont des crampes unilatérales à gauche ou à droite, avec des irradiations surtout lombaires, quelquefois sacrées, périnéales, viscérales, rectales, crurales. Mondor, à qui nous empruntons ces renseignements, écrit que sur 100 cas étudiés par Ricci et Salvator, de Palma, 32 fois il y avait une douleur vive avec syncope, 33 fois une douleur vive sans syncope, 16 fois une douleur vive précédée de deux ou trois semaines de coliques intermittentes, 19 fois des coliques douloureuses.

Si, comme le dit Mondor, la douleur vive, syncopale, est assez rare, il faut remarquer que l'absence

de douleur est absolument exceptionnelle. On a le droit de compter sur la douleur pour faire le diagnostic, nous dit M. Douay dans son enseignement.

Sur 186 cas, Lilian Farrar a noté :

74 fois, douleur et saignement notable;

58 fois, douleur sans saignement;

47 fois, douleur et un peu de sang;

4 fois, saignement sans douleur.

D'après Brady, sur 50 cas :

48 fois, douleur;

37 fois, règles anormales;

24 fois, les règles sautées

furent les meilleurs avertissements (d'après Mondor).

Dans tous les cas, il existe à des degrés divers :

1° Une douleur pelvienne de localisation et d'intensité variables, mais bien limitée, constante;

2° Des pertes de sang plus ou moins abondantes, à peu près continues;

3° Un retard de la menstruation.

Ces trois symptômes réunis doivent faire songer, écrit Siredey (1), à une grossesse ectopique; mais il est nécessaire d'en chercher la confirmation par une exploration minutieuse du bassin.

1° La douleur est à peu près constante. Franchement aiguë dans quelques cas, elle se réduit le plus habituellement à une simple sensation de gêne, de pesanteur, de tiraillement sur un des côtés de l'utérus ou vers le fond du bassin. Elle est remarquable par sa fixité, en un point bien précis et limité; elle se fait sentir même au repos, et, dès l'origine, elle tend à augmenter. Lorsqu'elle siège en arrière de l'utérus, elle retentit sur le rectum, s'exagère à l'occasion des

(1) SIREDEY (A.). — Le diagnostic de la grossesse ectopique. — *Journ. de Méd. et Chir. prat.*, 10 sept. 1924, pp. 615-628.

selles, et provoque, parfois, de faux besoins d'aller à la garde-robe.

2° *Les pertes de sang* consistent surtout en un suintement presque ininterrompu, peu abondant, qui aboutit de temps à autre à un jeu brusque, de courte durée, à la suite de fatigues ou d'efforts, de secousses de voitures. Ces écoulements sanguins augmentent presque d'un jour à l'autre.

3° Mais c'est surtout le *retard des règles*, l'irrégularité menstruelle, qui met en relief la valeur de ces deux signes. Car il faut se rappeler que les règles sont supprimées dans la grossesse extra-utérine tant que le fœtus est vivant.

Par l'interrogatoire de la malade, écrit Mondor, on constate qu'il y a eu irrégularité, un court retard le plus souvent, parfois une arrivée prématurée des règles; mais, « depuis je perds du sang », dit la malade.

Pinard avait déjà insisté sur le caractère de ces hémorragies qui diffèrent toujours des hémorragies cataméniales par le défaut de périodicité, aussi bien que par la qualité et la quantité de sang perdu.

Le premier avertissement est donné, écrit Mondor, par une modification dans le temps : légère avance ou court retard. A l'hôpital Broca, nous avons appris que le retard des règles était observé dans la grande majorité des cas.

Quelquefois, il n'y a pas de retard des règles dans ce sens que l'hémorragie de la grossesse tubaire se produit exactement au moment habituel des règles. Le professeur J.-L. Faure insiste dans son enseignement sur ce fait que la congestion habituelle de l'époque menstruelle se fait sentir lorsqu'il y a grossesse ectopique et favorise à ce moment l'apparition des

accidents hémorragiques. Dans ce cas, la grossesse ectopique, constituée après les règles précédentes normales, est âgée de trois semaines environ lorsque la perte de sang se produit.

Peut-il y avoir, comme le dit Mondor, une avance au lieu d'un retard ?

Douay n'en a jamais observé de cas, sauf lorsque les règles précédentes ont été très écourtées, ne durant qu'un jour ou deux et s'arrêtant brusquement. La grossesse ectopique dans ce cas a été formée avant ces règles écourtées, de sorte que l'œuf est déjà âgé d'un mois quand les accidents hémorragiques se produisent, laissant croire à une avance sur la date habituelle des règles.

En somme, avec nos maîtres de l'hôpital Broca, nous pensons que le retard des règles est habituel, que parfois il n'y a pas de retard apparent et que dans des cas absolument exceptionnels, les accidents peuvent se produire après une menstruation écourtée.

La couleur du sang, d'abord rouge pendant quelques jours, prend une coloration sépia, modification de qualité.

Cette perte de sang provient à la fois de *la trompe* et de *l'utérus*. Le sang qui provient de la trompe gagne l'utérus et apparaît au dehors.

Le sang qui provient de l'utérus est dû à l'hémorragie accompagnant l'expulsion de la fausse caduque. Lorsque l'œuf se développe, la muqueuse utérine subit les modifications habituelles de la grossesse sous l'influence du corps jaune. La muqueuse se développe considérablement, et les cellules profondes subissent la transformation déciduale. Aussitôt la mort de l'œuf, le corps jaune s'atrophie, la muqueuse utérine se détruit et est expulsée avec perte de sang. La perte

de sang est assez forte et s'accompagne de débris membraneux qui sont expulsés, avec coliques, parfois nausées et petites poussées fébriles (Dumas). L'expulsion de cette fausse caduque a lieu tantôt par lambeaux, tantôt en totalité, la membrane reproduisant alors le moule de la cavité utérine.

On peut constater à toutes les périodes de cette gestation, souvent des troubles de compression, révélés par de la *dyspnée* ou une constipation opiniâtre (troubles vésico-rectaux). Enfin, tous ces symptômes peuvent s'accompagner des signes accessoires de la grossesse, symptômes généraux, gonflement et picotement des seins, vomissements, dégoût de certains aliments.

Les signes physiques de la grossesse tubaire en évolution ont été décrits par les auteurs classiques en faisant une distinction avant le cinquième mois et après le cinquième mois.

Dans le premier cas, on constate un utérus augmenté de volume, mais d'une façon insuffisante pour l'âge présumé de la grossesse et à côté de lui une tumeur arrondie, molle, non contractile, qui représente l'œuf tubaire.

Après cinq mois, on constate la grossesse avec ballottement fœtal, et à côté, faisant suite au col utérin, on sent le corps utérin repoussé contre le pubis.

En réalité, dans un service de gynécologie, on ne voit presque jamais ces variétés de grossesses ectopiques qui continuent leur évolution jusqu'au voisinage du terme. On ne rencontre que des grossesses tubaires qui s'accompagnent d'accidents hémorragiques, donnant lieu à divers tableaux cliniques : l'hémato-salpinx, l'avortement tubo-péritonéal, l'hémato-cèle latéro-utérine ou rétro-utérine, enfin l'hémorragie interne cataclysmique.

Evolution - Complication - Marche.

Suivant les divers modes d'évolution de ces grossesses tubaires on s'explique la variabilité des lésions et des symptômes constatés. Mais quelle qu'en soit la cause, dans la grande majorité des cas, ces gestations ectopiques sont interrompues dans la première partie de leur évolution. Les complications sont la règle; elles constituent les premiers signes et se manifestent souvent d'une façon brusque et dramatique.

Tantôt l'œuf, greffé dans la première portion de la trompe, conserve sa forme arrondie; il grossit rapidement et la rupture peut se produire rapidement. Le revêtement syncytial de l'œuf va digérer une paroi tubaire déjà amincie par la distension mécanique de son contenu et le kyste foetal va se rompre. Cette rupture se fait plus par l'infiltration de la paroi par des éléments placentaires que par sa distension.

Ou bien il se produit un avortement tubo-péritonéal. Mais qu'il s'agisse d'un avortement ou d'une rupture, il se manifeste des signes d'une *hémorragie interne*. La source de cette hémorragie dans la cavité abdominale, après rupture d'une gestation ectopique, pro-

viendrait, d'après Schickelé (1), de vaisseaux placentaires tordus. A mesure que ce sang s'accumule sous pression dans la trompe, il en résulte des hémorragies secondaires, dues à des déchirures dans le diverticule de la trompe. Des veines sous-péritonéales considérablement dilatées sont habituellement trouvées près du point de rupture. Elles se déchirent quand l'œuf se détache et forment par suite une troisième source d'hémorragie. Les hémorragies continuent parce que la zone de rupture ne peut se contracter. La cause prépondérante des hémorragies intra-péritonéales chez la femme a été déjà bien mise en évidence depuis les travaux de Lawson Tait, en 1885; c'est la rupture de la trompe gravide. Cliniquement, ces hémorragies internes surviennent sans cause appréciable (suite d'un coït, d'une fatigue, d'un effort, etc). « Tantôt, écrivent Maygrier et Schwob (2), l'hémorragie est brusque et très abondante : c'est l'*inondation péritonéale*. Il survient une douleur abdominale subite, violente, parfois atroce (cataclysmique), suivie de tous les signes d'une hémorragie interne grave : pâleur, pouls petit et fréquent, état syncopal, refroidissement des extrémités, etc. Le ventre ballonné est douloureux, surtout latéralement et en bas. Du sang s'écoule à la vulve.

Les phénomènes peuvent s'amender et l'épanchement s'enkyster. Plus souvent, la mort s'observe, ou subite par anémie suraiguë, ou rapide (en un ou deux jours), ou consécutive à de nouvelles crises hémorragiques.

(1) SCHICKELÉ. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1922, vol. 11.

(2) MAYGRIER et SCHWOB. — Grossesse extra-utérines. — *Précis d'obstétrique*, collection Testut, Doin et C^{ie}, 1927, pp. 603-619.

Cependant, bien que cette rupture puisse se produire soudainement, il est exceptionnel qu'elle ne soit pas précédée de prodromes : douleurs ou crampes au bas des jambes, faussement attribuées par la malade à des gaz intestinaux. Pour Heaney (1) toute femme qui, après une période menstruelle, accuse des crampes dans le côté du pelvis ou des *douleurs de gaz*, doit être considérée comme suspecte d'une grossesse extra-utérine.

Avant cette rupture ou cet avortement tubaire catastrophique, il peut se produire de petites hémorragies, qui, vers la moitié du premier trimestre, peuvent aboutir à une collection sanguine intra-tubaire ou *hémato-salpinx*. On constate celui-ci quand le fœtus succombe dans les premiers mois. Cet hémato-salpinx peut évoluer vers la guérison. L'embryon meurt, se résorbe et c'est le cas le plus fréquent, d'après Fink (2); ou bien il s'élimine par le pavillon. Dans ce dernier cas c'est l'*avortement tubaire*. Les hémorragies se font par crises *successives* (de même dans la rupture progressive de la trompe), accompagnées de douleurs pelviennes, de phénomènes de réaction péritonéale (nausées, ballonnement du ventre) avec des signes d'épanchement intense : le sang épanché et les fragments placentaires tombés dans le péritoine pelvien s'enkystent, puis restent fixés dans l'excavation. C'est l'hématocèle rétro-utérine. Au toucher vaginal on sent alors une tumeur arrondie, plus ou moins molle d'abord, puis dure dans le cul-de-sac de Douglas, séparée du col par un sillon.

(1) HEANEY (N. S.). — An analysis of the signs and symptoms of early ectopic pregnancy. — *Amer. J. of Obst.*, juill. 1919, p. 17.

(2) FINK. — *Monatsh. f. Geb. u. Gyn.*, juill. 1922.

Cependant, en général, malgré l'évacuation et l'enkystement intra-péritonéal, la trompe déchirée, béante, reste le siège d'hémorragies prolongées, si souvent manifestées par les hématocèles pelviennes, qui peuvent s'accroître par poussées successives et amener la mort de la femme par anémie. En outre, il subsiste toujours le grave danger des complications septiques; car le kyste fœtal s'infecte secondairement au voisinage de l'intestin, avec production d'accidents septiques souvent mortels (septicémie ou péritonite).

Dans ces conditions on peut observer diverses lésions :

1° simple hématocèle enkystée, sans trace d'embryon;

2° kyste fœtal inclus dans la trompe;

3° gros hémato-salpinx, avec présence de débris placentaires dans la paroi tubaire;

4° hémato-salpinx, double parfois, qu'il ne faut pas prendre pour une grossesse ectopique double et qui résulte du reflux du sang dans la cavité utérine d'abord, puis dans l'autre trompe (Siredey).

Le fœtus peut rester vivant pendant un certain temps; puis il finit par mourir en donnant lieu à un lithopédion, car le fœtus, trop volumineux, ne peut être résorbé. Il peut se maintenir dans cet état parfois indéfiniment sans présenter d'accidents, tel le cas publié par Sappey d'un fœtus retrouvé 50 ans après dans le ventre de sa mère; celui, plus récent, de Réley: il s'agissait d'une femme en état de rétention d'un fœtus ectopique, mort au sixième mois de sa gestation, en 1912; elle eut ultérieurement quatre enfants intra-utérins à terme et ce ne fut qu'en 1921 qu'elle fut opérée et débarrassée, à ce moment, du squelette en question.

Le kyste foetal peut s'infecter et suppurer, ce qui donne lieu à divers accidents graves; expulsion de fragments avec fistulation du côté des organes voisins (rectum, vessie, vagin, utérus, paroi abdominale). Quand l'ouverture se fait du côté du péritoine on a alors une péritonite.

Enfin la question que peut se poser le médecin pour chaque période de la grossesse extra-utérine est, si l'enfant est vivant ou s'il a succombé.

Avant le cinquième mois :

Le fœtus a succombé si on constate la disparition des phénomènes sympathiques de la grossesse, l'apparition du colostrum dans les seins, l'atténuation des coliques.

Après le cinquième mois :

La disparition des mouvements actifs et des bruits du cœur, l'arrêt du volume de la tumeur, le palper devenu moins précis et s'accompagnant quelquefois de la crépitation de Négri.

A terme :

Le faux travail avec ses douleurs abdominales, l'écoulement sanguinolent et l'expulsion de lambeaux de caduque à travers un col qui s'entr'ouvre. Enfin signes de rétention d'un fœtus mort.

L'évolution de la gestation tubaire peut enfin se résorber sans donner lieu à aucune des complications que nous venons d'étudier; ces cas de guérison spontanée sont plus fréquents qu'on ne le suppose.

Fink (1) a observé deux cas où l'œuf fut absorbé dans la trompe de Fallope. Une de ses malades fut opérée trois mois après, et l'autre trois à quatre semaines après que la dégénérescence s'était produite.

Il existe des cas où manquent même l'irrégularité des règles et où la grossesse tubaire en voie de guérison ne se trouve reconnue fortuitement qu'au cours d'une laparotomie.

Fink distingue plusieurs formes de résorption. Parmi celles-ci il admet la résorption sèche d'un œuf non altéré après formation préliminaire d'un môle. Parfois, dans d'autres formes, il se produirait à la suite d'un processus hémorragique un hématome qui, ultérieurement, sera résorbé. Pour Fink, les autres formes, telles que la dégénérescence kystique ou la calcification, constitueraient des exceptions atypiques.

En résumé, la coexistence des signes de la grossesse avec des pertes de sang, une douleur limitée, en rapport avec une tumeur pelvienne, juxta-utérine, constituent le diagnostic de la grossesse tubaire. On devra y songer chez toute femme jeune ayant des pertes de sang consécutives à un retard de règles et accompagnées d'une douleur en un point fixe du bas-ventre.

La perception à côté de la masse formant le kyste foetal d'un utérus légèrement hypertrophié et la constatation par le toucher intra-utérin de la vacuité de cet utérus, sont deux signes qui permettent d'affirmer le siège extra-utérin de la grossesse. Malheureusement, comme on l'a dit au cours de cet exposé, le plus souvent les troubles présentés par la femme au début sont trop peu marqués pour attirer son attention ou celle du médecin.

(1) FINK (K.). — Dégénérescence intratubaire des grossesses tubaires. — *Monatsch. f. Gibrutsh. u. Gynäk.*, juill. 1922.

Si l'on soupçonne une grossesse extra-utérine, il faut dans tous les cas mettre la malade en observation; c'est au cours de son séjour à l'hôpital que les signes se préciseront et permettront de poser un diagnostic positif qui sera bientôt suivi du traitement chirurgical.

Diagnostic.

A. *Diagnostic positif.* — Rien n'est plus inconstant que le diagnostic de la grossesse ectopique. Quelquefois très facile, il peut au contraire être parfois à peu près impossible; et cependant il y a un grand intérêt à le préciser à une époque aussi rapprochée que possible du début (J.-L. Faure).

Comme le dit excellemment Vignes, pour aboutir au diagnostic de grossesse extra-utérine, il faut penser à la possibilité d'une grossesse.

Le diagnostic positif se basera sur les symptômes cliniques que nous avons énumérés dans le chapitre précédent : crise d'aménorrhée, douloureuse, brusque, survenant après un retard de règles, suivie bientôt d'un écoulement sanguin irrégulier. Lorsque la malade est en observation à l'hôpital, apparaissent les petites crises caractéristiques de l'hématocèle par grossesse ectopique, et sur lesquelles M. Douay insiste particulièrement. Sans fièvre et sans raison apparente, malgré le repos au lit et la vessie de glace, apparaissent en même temps : douleur plus vive, écoulement de sang noir plus abondant, masse annexielle plus volumineuse. Cette triade symptomatique est consi-

dérée à l'hôpital Broca, comme un signe presque certain d'hématocèle en évolution, ce qui commande l'opération sans délai. La ponction du Douglas avec un trocart suffisamment gros pourra révéler la présence d'une hématocèle rétro-utérine. Elle est faite couramment à l'hôpital Broca avec l'aiguille spéciale fabriquée par Douay pour cette exploration.

Proust a insisté sur la valeur de la douleur constatée au niveau du Douglas, comme signe de rupture tubaire. En cas d'inondation péritonéale, on détermine par la palpation profonde du cul-de-sac de Douglas une douleur profonde, extrêmement intense, qui, jointe à la parfaite dépressibilité du cul-de-sac, constitue ce que l'auteur a appelé dès 1914 le *signe du Douglas*.

Enfin, dans les cas où le diagnostic semble insoluble, Ulrich (1) n'hésite pas, en raison de l'urgence extrême de la situation, à conseiller une intervention exploratrice, se bornant à une sorte de boutonnière sur la ligne sous-ombilicale. Lorsque l'incision arrive au péritoine, avant même de l'ouvrir, celui-ci présente fréquemment une transparence noirâtre dans le cas d'une inondation de la cavité abdominale par le sang. Le diagnostic de la grossesse extra-utérine étant alors évident, il suffit d'élargir cette boutonnière exploratrice et de procéder méthodiquement à une cure opératoire radicale.

B. Diagnostic radiologique. — Par l'*hytérosalpingographie*, on peut obtenir une preuve indirecte d'une grossesse tubaire (Schneider et Eisler) (2). En premier

(1) ULRICH. — *Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, janv. 1933.

(2) SCHNEIDER (P.) et EISLER (F.). — Die Röntgen diagnose der Eileiterschwangerschaft. — *Zentralb. f. Gynäk.*, 1927, LI, pp. 1360-1369.

lieu, l'utérus présente une forme arrondie ou globuleuse due à l'« atonie de gestation », sans qu'il y ait aucune lacune de remplissage, étant donné que la cavité utérine est vide.

Deuxièmement, la trompe est suffisamment perméable au niveau de l'ostium utérinum pour laisser pénétrer le lipiodol. Le lipiodol s'amasse par taches irrégulières dans la cavité tubaire distendue et remplie de caillots.

En résumé, une cavité utérine globuleuse, avec une trompe perméable et l'autre montrant des lacunes de remplissage, est une image radiographique qui peut faire penser à une grossesse tubaire.

Quelques auteurs ont pu constater ces faits qui leur ont permis d'assurer un diagnostic douteux (Rucker P.) et Whitehead (L.-L.) (1), Junqmänn (2), Schultze (3).

En réalité, l'examen au lipiodol n'est pas un moyen d'exploration à recommander dans la grossesse ectopique pour deux raisons : d'abord par crainte d'une grossesse utérine en évolution que le lipiodol intra-utérin serait capable de détruire; puis, en second lieu, par crainte d'une annexite que le lipiodol serait capable d'aggraver. Lorsque le diagnostic clinique est certain, il n'est pas utile d'employer ce mode d'exploration dont l'inocuité n'est pas démontrée dans ce cas particulier. A l'hôpital Broca, où les examens au lipiodol sont faits couramment, ce procédé n'est pas employé dans la grossesse ectopique.

(1) RUCKER (P.) et WHITEHEAD (L. L.). — Hysterosalpingography and diagnosis of ectopic pregnancy.

(2) JUNQMÄNN. — *Zentr. f. Gynäk.*, 1927, LI, pp. 2997-3000.

(3) SCHULTZE (G. K. F.). — Die Darstellung der Eileiter im Röntgendi. — *Zentr. f. Gynäk.*, 24 mars 1928, LII, pp. 736-742.

C. *Diagnostic biologique.* — Souvent l'examen clinique d'une malade suspecte de grossesse extra-utérine laisse le médecin dans le doute. On a alors la ressource de la confirmer ou de la repousser par l'*examen biologique*. Celui-ci comprend l'examen des produits expulsés, la réaction d'Aschheim-Zondek, la numération globulaire, la recherche des produits de dissociation de l'hémoglobine.

1° *Examen histologique de la caduque.* — L'absence de l'œuf dans l'expulsion indiquerait la grossesse extra-utérine. Mais comme le fait remarquer à juste titre Vignes, l'œuf peut passer inaperçu. Toutefois la présence du fœtus est un signe de certitude de l'avortement utérin, aussi doit-on demander à l'entourage si on a vu le fœtus expulsé avec le sang. De même l'absence de villosités n'est pas un signe certain, car on peut tomber sur un fragment de caduque qui ne le contenait pas. Toutefois la présence de villosités est un signe certain en faveur de la grossesse utérine terminée par un avortement. Il faut donc toujours examiner avec soin les produits d'expulsion et en faire au besoin l'examen histologique.

2° *Réaction d'Aschheim-Zondek.* — Pour Franqué (1) la réaction d'Aschheim-Zondek, en cas d'œuf vivant, donne un résultat positif dans 99 0/0 des cas, et ceci déjà pour un retard de règles de 4-5 jours, parfois de 3 jours (c'est-à-dire probablement 17-19 jours après une imprégnation). Pour Bruhl (2) le moment le plus précoce de la réaction positive serait 4 jours après une cohabitation fertilisante. En tout cas un

(1) FRANQUÉ (O. V.). — Die Früh. und Differentialdiagnose und Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. — *Med. klinik*, 26 janv. 1932, pp. 969-992.

(2) BRUHL. — *Med. welt*, 1931, n° 11.

diagnostic positif peut être donné à un moment où aucun examen clinique ne peut l'établir.

Dans la grossesse ectopique (œuf vivant), la réaction d'Aschheim-Zondek est positive et même d'une façon plus précoce encore que dans la grossesse utérine (professeur Brindeau).

La réaction repose sur le fait que l'hormone du lobe antérieur de l'hypophyse, qui survient très tôt après la conception dans l'urine des femmes gravides, peut être démontrée dans cette urine en quantité considérable. Cette démonstration se fait par injection de 1-2 c.c. d'urine à des souris impubères de 3 semaines, pesant 6-8 grammes, ne présentant par conséquent aucun cycle œstral; ces injections, au nombre de 6, sont sous-cutanées et se font au cours de deux jours; après 96 heures, c'est-à-dire au cinquième jour, les souris (on utilise toujours 5 souris et un animal de contrôle) seront sacrifiées et, en cas de réaction positive, présenteront sur les ovaires trois réactions : les 2^e et 3^e réactions sont spécifiques de la grossesse, alors que la première se présente aussi dans certains troubles de la fonction ovarienne en dehors de la grossesse.

On constate, en cas de réaction positive d'Aschheim-Zondek, les faits suivants : quatre jours après injection de l'urine de la femme enceinte à une souris, la manifestation des trois réactions :

1^{re} réaction : apparition de nombreux follicules;

2^e réaction : apparition de follicules hémorragiques;

3^e réaction : apparition de corps jaunes; en outre, augmentation considérable de l'utérus rempli de sécrétion.

Au microscope, on voit, au lieu de l'ovaire infantile avec des follicules primaires, un ovaire adulte avec

de gros follicules, des points congestionnés des follicules hémorragiques et enfin, correspondant à la troisième réaction, des corps jaunes et des follicules non rompus dont les cellules ont subi la transformation lutéinique.

En cas de soupçon de gestation extra-utérine, il serait naturellement désirable que le résultat terminal pût être obtenu avant le cinquième jour. Aussi divers auteurs, notamment V. Franqué, indiquent l'injection intraveineuse de l'urine gravide chez la lapine infantile, chez laquelle on peut constater déjà après 24-48 heures, les mêmes modifications ovariennes (réaction de Friedmann). La réaction de Simonnet (souriceau mâle) quoique plus fidèle, exige huit à dix jours.

En utilisant cette réaction d'Aschheim-Zondek, il faut tenir compte que celle-ci devient négative environ 8-12 jours après la mort ou l'expulsion de l'œuf, dans chaque cas, même avec grossesse intra-utérine, et même plus tôt quand les échanges entre l'œuf et le sang maternel ont été interrompus plus tôt. Aussi la réaction n'est-elle utilisable que quand elle est *positive*. Elle démontre alors qu'il existe une grossesse avec des villosités choriales vivantes; on détermine si cette grossesse est extra-utérine par la constatation clinique d'une masse annexielle.

Rapportons, d'après Vignes, des résultats de divers auteurs, où il s'agissait de gestation extra-utérine, contrôlée par l'opération :

	Positifs	Négatifs
Aschheim.	16	6
Von Ammon.	14	2
Krank (R.-T.).	8	3

Solnis et Klopstock.....	11	1
Urdan.	6	1
Wladicka.	8	3
Parache.	3	1

Les résultats négatifs sont dus au fait qu'il s'agissait d'œufs morts ou d'hématosalpinx. Mais, même alors on a toujours la tranquillité, en cas de grossesse extra-utérine, de savoir qu'il s'agit d'un produit mort, ce qui diminue considérablement le danger et permet d'attendre.

Dans certains cas, Aschheim recommande de rechercher l'hormone du lobe antérieur de l'hypophyse, non dans l'urine, mais dans le sang; en cas de résultats négatifs attendre, par contre avec un résultat positif, opérer immédiatement.

Dans un cas de grossesse ectopique, la malade refusa l'intervention, malgré la réaction d'Aschheim positive; en continuant à observer cette malade, on constata la disparition de la réaction avec régression simultanée de la masse annexielle : la grossesse tubaire était morte, en ayant donné lieu à une résorption progressive, si bien que la malade put partir guérie sans être opérée (v. Franqué). De même Bruhl rapporte une série d'examen où, après réaction positive du début, celle-ci devient négative, si bien que les cas traités par la temporisation purent éviter l'intervention chirurgicale. Cependant il faut tenir compte que, même avec l'arrêt d'une gestation extra-utérine, à savoir une réaction négative, il faut opérer souvent, car l'hématocèle par hémorragie extra-utérine s'élimine trop longuement et peut se compliquer d'accidents septiques au cours de sa résorption.

3° Numération globulaire et sédimentation des

globules rouges. — La numération globulaire a été surtout employée pour différencier une salpingite d'avec une gestation extra-utérine. Nous en reparlons à propos de son diagnostic différentiel. Disons qu'elle se base sur la numération des globules blancs dont le nombre est augmenté en cas de salpingite.

Lee (1), Urdan (2) et d'autres, se basant sur la très grande rapidité de la sédimentation des globules en cas d'annexites aiguës, attribuent une grande valeur à ce signe. Mais les résultats ne semblent pas toujours constants, comportant de nombreuses exceptions. Hochne, Gragert (3) associent la numération leucocytaire avec la sédimentation sanguine qui donneraient plus de certitude.

Ces recherches sur la sédimentation des globules rouges ont été expérimentées à l'hôpital Broca, en 1925, par Sigalas, assistant étranger dans le service du professeur J.-L. Faure. Les renseignements donnés ont été souvent exacts, mais d'une façon trop inconstante pour persévérer dans cette voie.

Norris (4) rappelle que l'ictère n'est pas rare dans la rupture tubaire; il permettrait de faire le diagnostic différentiel. Cet ictère serait dû, probablement, à l'absorption de pigments sanguins par hémolyse du sang extravasé. Il y aurait hyperbilirubinémie; mais, comme le fait remarquer Vignes, ce test est très discutable, car la bilirubine se trouve également augmentée dans la grossesse normale.

(1) LEE. — Principles and Practice of Obstetrics, 1933, 6^e édition.

(2) URDAN. — Ectopic pregnancy. — *Am. Journ. of. Obst.*, 1930, XX, p. 363.

(3) GRAGERT (O.). — Leukocytose und Erythrocytensenkungsschwindigkeit bei der Extrauterin gravidität und ihrer Verwendungsmöglichkeit. — *Zentr. f. Gyn.*, 1923, n^o 45, pp. 1723-1725.

(4) NORRIS (E.). — L'ictère dans la gestation ectopique. — *Surq. Gyn. a. Obst.*, juill. 1920, p. 34.

La réaction de Gmelin montrerait une exagération des pigments biliaires, plus élevée que dans la grossesse normale (Norris, Schiller et Ornstein) (1). Ce signe est parfois très précoce.

L'hématinémie constituerait un signe pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine. Iwanoff (2) a présenté une réaction au pyramidon pour déterminer l'hématine dans le sérum.

La technique rapportée par Vignes est la suivante : « On prélève 5 c.c. de sang qu'on centrifuge. On mêle 3 c.c. d'une solution alcoolique de pyramidon (5 0/0 dans de l'alcool à 96°), 8 gouttes d'acide acétique à 50 0/0 et une goutte de sérum à étudier. On obtient une coloration bleu améthyste au bout de quelques minutes, s'il y a de l'hématine. »

Les résultats sont les suivants : en cas de gestation extra-utérine, Iwanoff a obtenu 93 0/0 de réponses positives. Apajalahti (3) a étudié cette réaction chez 32 femmes ayant une grossesse extra-utérine et 430 femmes souffrant de diverses maladies gynécologiques. Il a eu 75 0/0 de réponses positives en cas de gestation extra-utérine. Dans les cas de gestation extra-utérine interrompue depuis plus d'une semaine, l'épreuve est presque toujours positive. Mais, comme le font remarquer Vignes, Dobrylovsky (4), Wolowa (5), et d'autres, cette réaction n'a rien de spécifique. Car on trouve cette réaction positive dans les

(1) SCHILLER et ORNSTEIN. — Cités par Vignes.

(2) IWANOFF. — Zur Diagnose der Graviditas extra-uterinaria. — *Zentr. f. Gynäk.*, 1928, n° 9.

(3) APAJALAHTI (A.). — Ueber den Wert der Pyramidenprobe für die Diagnose der Extrauterinigravidität. — *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1930, t. X, n° 4, p. 381.

(4) DOBRYLOWSKY. — Pyramidenprobe für Diagnose der unterbrochenen Extrauterinigravidität. — *Cás. lék. česk.*, 1930, n° 51.

(5) WOLOWA. — *Zentr. f. Gyn.*, 26 mars 1932, p. 612.

diverses lésions où il y a des hémorragies intra-parenchymateuses : kyste à pédicule tordu, carcénome de l'ovaire et de l'utérus, myomes nécrotiques et sous-muqueuse, avortements intra-utérins et même salpingo-ovarites. En outre, on obtient des résultats positifs également avec d'autres dérivés de l'hémoglobine, à savoir l'oxyhémoglobine, la métahémoglobine, etc. Pour obtenir une identification exacte de l'hématine dans le sérum sanguin, il faut se servir du procédé spectroscopique.

En résumé, les procédés biologiques présentent une valeur incontestable, à condition d'être associés et de tenir compte des constatations cliniques.

D. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Grossesse normale. — Certaines *grossesses intra-utérines*, dans les premiers mois de leur évolution, peuvent donner lieu à une forme anormale de l'utérus, avec bosselure latérale simulant une tuméfaction annexielle. Dans la grossesse ectopique il faut rechercher l'indépendance de la tumeur et de l'utérus. A la palpation, cette tumeur ne donne jamais la sensation de contractions actives; sa consistance est toujours molle, peu tendue. Au contraire, dans une gravidité intra-utérine, on observe des modifications de consistance d'un moment à l'autre. Ce signe, pour Douay, ne trompe jamais, mais il n'est pas toujours facile de l'observer avec netteté.

La grossesse utérine dans l'utérus latéro-dévié peut simuler la grossesse ectopique. J.-L. Faure nous conseille de faire l'examen dans la position déclive. Sous

cette influence, la réduction se produit et le fond de l'utérus gravide reprend sa place sur la ligne médiane.

Grossesse angulaire. — Celle-ci, assez fréquente, est caractérisée anatomiquement par la nidation de l'œuf dans une corne, c'est-à-dire dans l'angle de la cavité utérine, tout près de l'ostium. Certaines cavités utérines y prédisposent, utérus bicornes. Cette corne utérine, distendue et ramollie par la grossesse, constitue une saillie latérale, molle et pâteuse. Au toucher, au début, on trouve une petite tumeur accolée à un des angles de la matrice. Il existe parfois des pertes de sang rappelant les règles. L'utérus prend une forme irrégulière, qui, surtout dans les premières semaines de la grossesse, peut faire penser à une gestation tubaire; elle est même presque impossible à distinguer de la grossesse interstitielle (Douay). Mais dans le cas d'une trompe gravide, celle-ci se trouve en arrière de l'utérus et tombe dans le Douglas, alors que, dans la grossesse angulaire, elle est dirigée latéralement et même en avant. Bar insiste sur le signe de Hégar, supérieur : « au lieu d'observer, comme normalement, une bande de ramollissement au niveau de l'isthme (signe de Hegar) on constate l'existence à la base de la corne gravide d'une zone de ramollissement qui la sépare du reste de l'utérus et permet à cette corne de se mobiliser sur l'utérus, comme autour d'une charnière; on peut donc sentir par le palper une double tuméfaction ». Mais contrairement à la grossesse tubaire, il existe souvent des alternatives de contractures utérines douloureuses, durcissement et relâchement avec masse molle pâteuse. Ces changements indiquent que la grossesse est bien intra-utérine. L'injection intraveineuse minimale d'extrait hypophysaire postérieur peut amplifier l'importance

des contractures (Lorinez). Fabioa (1) à l'épreuve du pituiglandol, constate des contractions énergiques de l'utérus en cas de grossesse ectopique.

Dans les cas difficiles où il est permis d'hésiter entre une grossesse tubaire et une grossesse angulaire, il suffit d'attendre et la temporisation permettra d'en faire le diagnostic; l'irrégularité du développement de l'utérus n'est que passagère; peu à peu l'utérus prend une forme régulièrement arrondie. L'asymétrie diminue petit à petit et on ne distingue plus une tumeur accolée à l'utérus. D'habitude l'utérus gravide angulaire se régularise spontanément au cours du deuxième ou du troisième mois; d'après Douay, après la onzième semaine. Enfin, en cas de doute, on pourra tenter une laparotomie exploratrice.

Utérus gravide rétrofléchi. Ce diagnostic peut se poser quand la tumeur fœtale tombe dans le Douglas. Mais le kyste fœtal présente des limites indéterminées, distinctes de l'utérus. Il y a immobilité et douleur à la pression de la trompe gravide. Par contre l'utérus gravide rétrofléchi présente une délimitation plus nette, ronde, une mobilité plus grande, il est indolent et donne une sensation plus résistante que le kyste fœtal. En outre, dans le cas de l'utérus rétrofléchi, on ne perçoit pas à la palpation, l'utérus derrière le pubis. Vigne insiste en outre sur la présence de *signes urinaires* marqués dans ce dernier cas, alors qu'en cas de gestation extra-utérine ils sont « discrets, modérés, intermittents ».

Fibrome. — La coexistence de fibrome et de grossesse utérine peut parfois faire penser à une grossesse ectopique en évolution.

(1) FABIOA (A.). — Sur la thérapeutique de la grossesse ectopique.
— *Rev. de Gynéc. et d'Obst.*, mars 1930, n° 3, p. 101.

Le fibrome donne rarement lieu à des accidents douloureux et hémorragiques quand il accompagne une grossesse utérine. Les difficultés deviennent plus grandes lorsqu'il s'agit d'un fibrome douloureux inséré sur une corne utérine. Les commémoratifs montrant la présence de ménorragies antérieures pourront apporter parfois une utile contribution au diagnostic.

Kyste de l'ovaire. — En présence d'un sillon séparant le kyste fœtal de l'utérus, c'est-à-dire quand la grossesse est nettement tubaire, on peut faire une confusion facile avec le kyste de l'ovaire. La difficulté peut encore être augmentée du fait qu'un kyste de l'ovaire peut s'accompagner d'aménorrhée. Dans ce cas la réaction d'Aschheim donne un renseignement capital pour le diagnostic. Quand le kyste de l'ovaire est tordu, alors il peut se présenter le même état d'hémorragie et de shock qu'avec une rupture de grossesse tubaire. D'après Vignes, la contracture de la paroi abdominale est de règle avec le kyste tordu. Toutefois, la précision du diagnostic ne présente qu'un intérêt relatif, étant donné que l'indication opératoire est la même dans les deux cas (Douay).

Grossesse dans utérus double. — L'erreur est presque impossible à éviter. Dans les deux cas, écrit Stern, on reconnaît deux masses, dont l'une peut ne pas transmettre avec netteté ses mouvements au col. On a des signes de grossesse, la malade perd du sang et souffre; on ne pense pas à cette malformation si rare, on songe plutôt — et c'est logique — à la grossesse extra-utérine autrement fréquente.

Avortement. — Sous forme de tableau, Vignes établit le diagnostic différentiel entre un avortement et une grossesse extra-utérine. Alors qu'avec la grossesse extra-utérine les douleurs sont d'emblée très vives,

dans l'avortement elles débent progressivement; l'hémorragie, pour la première est, en général, peu abondante, alors qu'elle est abondante avec l'avortement. Les signes d'anémie par rapport à l'hémorragie externe sont plus importants avec l'extra-utérine, proportionnels avec l'avortement. Une fausse caduque est le produit expulsé dans le premier cas, œuf avec villosités dans le second. Vignes insiste particulièrement sur l'importance de l'examen des produits expulsés. Le col est fermé dans l'extra-utérine, ouvert dans l'avortement. Si, par hasard, on pratique le curettage, l'hémorragie cesse dans le cas de l'avortement; elle persiste dans le cas de la grossesse extra-utérine. D'après Reeb, la persistance de l'hémorragie après curettage est un excellent signe de gestation extra-utérine. Malheureusement, ce curettage n'est pas sans danger. Franqué met en garde contre cette pratique et rapporte plusieurs accidents dus à un curettage intempestif. C'est ainsi qu'il a été témoin d'une rupture tubaire provoquée par un curettage. Liepmann (1) et beaucoup d'autres auteurs relèvent de nombreux exemples de ce genre. Aussi en cas de soupçon d'une gestation extra-utérine, faut-il éviter tout curettage dans un but de diagnostic. Car en plus du danger de la rupture du sac tubaire et d'une lésion de l'utérus, facilement perforable aussi dans la gestation extra-utérine, il existe le danger d'une infection ascendante de la trompe gravide, ou de l'hématocèle déjà formée. Dans ce cas, il peut également se produire une infection par continuité, car il y a communication entre la cavité utérine ainsi traitée et la trompe gravide. C'est ainsi que sur 156 cas observés au cours de cinq ans

(1) LIEPMANN. — Das gynäkologische Seminar. — Berlin, 1931, Urban & Schwarzenberg.

par Peham-Amrheich (1) il y eut une mort. Il s'agissait d'une femme qui, en présence d'une aménorrhée, fut curettée à deux reprises et fut ainsi infectée. Holden et Moran (2) citent également un cas de septicémie mortelle après un pareil curettage.

Naturellement il a été publié des cas où une pareille manœuvre a maintenu intacte la grossesse extra-utérine, mais ces cas ne constituent, pour Hoehne (3), que des exceptions heureuses (Sonnenfeld (4), Grote (5), Kustner) (6); il en est de même pour les tentatives d'avortement par injection utérine en cas de grossesse extra-utérine (Hoehne (7) (cas 2), Heliendall) (8). Néanmoins, en France, de nombreux auteurs se sont servis de ce procédé sans relater d'accidents. Ainsi Lecène (9) recommande un curettage explorateur très prudent. Dans un cas douteux, Gernez et Moulouguet (10) ont

(1) PEHAM-AMRHEICH. — Gynäkologische Operationslehre, 1931.

(2) HOLDEN (W. B.) et MORAN (K. P.). — General pyemia follo ing curettage for ectopic pregnancy. — *Surg. Clin. North Am.*, 1924, IV, n° 8, pp. 1253-1257.

(3) HËNNE (O.). — Die ektopische Schwangerschaft — *Biologie und Pathologie des Weibes*, t. VII, n° 2, 1928, uu. 597-818.

(4) SONNEFELD (J.). — Intakte Tubargravidität trotz intrauterinen Eingriffs und wiederholter bimanueller Untersuchungen nebst Bemerkungen zur Diagnose der Tubargravidität. — *Monatrch. f. Geb. u. Gyn.*, 1913, XXXVII, pp. 179-182.

(5) GROTE. — Demonstration einer Tubanschwangerschaft. — *Zentr. f. Gyn.*, 1912, n° 22, pp. 709-710.

(6) KUSTNER. — Tubargravidität und Abtreibungsversuch. — *Zentr. f. Gyn.*, 1921, n° 43, p. 1584.

(7) HËNNE (O.). — Ueber die weiter und ivertest vorgesch ittene Tubanschwangerschaft. — *Zentr. f. Gyn.*, 1923, n° 3, pp. 145-157.

(8) HELLENDAL (H.). — Wichtige Fragen aus dem Gebiete der Eileiterschwangerschaft. — *Med. Klin.*, 1923, n° 10, pp. 311-313; n° 11, pp. 341-344.

(9) LECÈNE. — Les diagnostics anatomo-cliniques. — Masson, Paris, 1931, p. 113.

(10) GERNEZ et MOULONGUET. — Un moyen de diagnostic de la gestation extra-utérine. — *B. et M. Soc. de Chir.*, 12 mars 1930, LVI, p. 374.

fait un curettage; ils ne trouvèrent pas de villosités, mais il y avait un aspect décidual de la muqueuse interne. A l'opération ils trouvèrent une gestation extra-utérine.

En résumé, par le curettage on peut constater, ou bien que la muqueuse est normale, ou bien qu'il y a des villosités, ou encore qu'il y a réaction déciduale et pas de villosités. La présence d'une caduque et pas de villosités, constitue un argument de premier ordre en faveur de la gestation extra-utérine. En outre, Vanverts (1) insiste, comme nous l'avons déjà fait remarquer, sur la fermeture du col, signe important qui doit faire éliminer l'hypothèse de l'avortement utérin.

L'erreur de prendre une grossesse pour une fausse-couche a été commise souvent.

Parmi les cas récents, Séjournet en a cité un à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (2 juin 1930). « Il constate son erreur pendant le curettage, parce que la curette ne lui avait pas donné les diverses sensations qui indiquent, tour à tour, que l'utérus contient des débris, que ceux-ci ont été évacués, que l'utérus revient sur lui-même. »

A la même séance, Brocq cite deux cas personnels : il a commis l'erreur et fait un curettage chez des femmes qui avaient des métrorragies depuis une dizaine de jours, avec des signes de grossesse, un utérus gros, un col entr'ouvert, un peu de fièvre, sans aucune masse juxta-utérine perceptible. La constatation d'une hématoçèle dans les jours suivants permet de redresser le diagnostic.

Vanverts (2) a opéré de grossesse tubaire trois ma-

(1) VANVERTS. — *Echo médical du Nord*, déc. 1930.

(2) VANVERTS. — *Echo médical du Nord*, 6 déc. 1930.

lades, dont deux avaient été curettées, et une avait eu l'utérus dilaté avec une laminaire. Lui-même avait cureté une malade atteinte de grossesse tubaire; il rétablit le diagnostic grâce à l'existence d'une masse latéro-utérine gauche, perçue sous anesthésie et à la fermeture de l'orifice interne du col, qui se dilata difficilement. Le curettage n'avait d'ailleurs ramené aucun débris.

Caraven (1) auquel nous empruntons ces divers cas, a pris également une grossesse ectopique pour une fausse-couche.

Dans ces cas douteux, Bulliard et Douay (2) proposent de doser l'hormone lutéinique dans le sang.

On voit par ce court exposé, combien parfois le diagnostic peut être délicat avec une fausse-couche malgré toutes les précautions dont on peut s'entourer.

Annexites. — La salpingo-ovarite constitue l'erreur la plus fréquente. Les *salpingites à parois épaisses*, peu douloureuses au toucher, éteintes presque, peuvent être prises, pour peu qu'il y ait un retard mensuel, pour une *grossesse tubaire*. En l'absence de communicatifs nets, écrit Stern, le seul parti à prendre, c'est de recommander à la malade le repos absolu, de l'observer, de la réexaminer au bout de quelque temps; si c'est une grossesse tubaire, la *tumeur aura nettement augmenté* de volume et, de plus, on aura vu apparaître des signes d'intolérance tubaire, en particulier de petites pertes rouges ou plutôt noirâtres. L'accroissement rapide de la tumeur constitue un facteur en faveur de la grossesse tubaire.

(1) CARAVEN. — Extra-utérine ou fausse-couche. — *La Picardie méd.*, nov. 1933, pp. 337-351.

(2) BULLIARD et DOUAY. — Cités par Vignes, p. 1441, l. c.

Mais c'est surtout dans les formes très douloureuses de la grossesse extra-utérine qu'on songe à la salpingite; on les distinguera par le fait que dans la première il y a présence de phénomènes sympathiques de la grossesse, absence d'endométrite et d'endométrite dans les antécédents, la fièvre est absente ou peu élevée.

En faveur de la salpingite suppurée, il y a l'endométrite antérieure, la fièvre, un écoulement muco-purulent; l'examen du sang indique une hyperleucocytose et une polynucléose (Boursier et Auvray). Mais ceci ne constitue pas un signe décisif, car au cours des réactions péritonitiques consécutives à l'avortement tubaire, on peut également les constater.

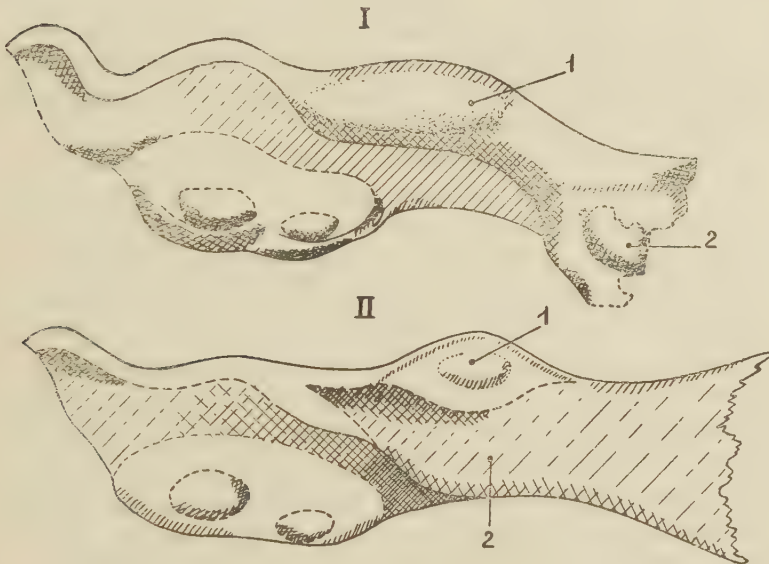
La masse perçue au palper est unilatérale dans l'extra-utérine, bilatérale en général dans le pyosalpinx (Vignes), mais il y a des cas où les lésions sont bilatérales dans la gestation ectopique. Le diagnostic devient alors encore plus délicat. C'est ainsi que dans le cas de Knife, il coexistait un abcès ovarien, réveil d'une infection ancienne et une gestation tubaire récente non rompue.

Kreis (1) a rapporté le cas d'une femme présentant une tuméfaction clivée à droite et en arrière de l'utérus et chez qui on pensait à une annexite ou à une tumeur annexielle et accessoirement à une gestation ectopique. A la laparotomie on tomba d'abord sur la vessie étirée vers le haut, puis sur une tumeur molle qui dépassait la symphyse d'un travers et demi de main et à laquelle se soudaient plusieurs anses grè-

(1) KREIS. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1922, n° 5.

les. Cette tumeur avait l'aspect antérieur d'une hématoecèle à paroi fibrineuse épaisse; on y trouva un peu de sang; la trompe droite, du fait d'un processus inflammatoire ancien, se recourbait derrière le Douglas et allait se fixer à gauche à la margelle pelvienne et à l'anse sigmoïde; elle contenait un fœtus macéré de trois à quatre mois.

Quand il y a présence d'une **hématoecèle rétro-utérine** (fig. 1) dans le cul-de-sac de Douglas, on peut éga-



Grossesse ampullaire: avortement tubo-péritonéal

I- 1. Hématosalpinx 2. Oeuf détaché sortant par le papillon

II- 1. Insertion de l'oeuf dans l'épaisseur de la paroi
2. Trompe saine non oblitérée

lement penser à une collection infectée due à une salpingite.

Chifolian et Noyse (1) étudient la manière d'éviter cette erreur de diagnostic entre les salpingites aiguës s'accompagnant de périsalpingite, un abcès du Douglas et la grossesse tubaire.

Pour eux, ainsi que pour Rissmann et Schmidt (2) et d'autres, la ponction exploratrice du Douglas permet d'éviter cette erreur; ce serait le seul moyen de diagnostic certain. « Si la ponction ramène du sang, sans odeur, la laparotomie s'impose et de toute urgence. Si l'aiguille ramène du sang infecté ou du pus franc, on fera une simple colpotomie d'urgence, et ultérieurement une laparotomie de contrôle, l'ablation des organes malades aboutissant alors à une intervention en général, plus conservatrice ».

Jamais Chifolian et Noyse n'ont observé le moindre incident à la suite de cette manœuvre si simple. Rissmann et Schmidt ont obtenu des résultats positifs dans 71,7 0/0 sur les 60 cas où ils l'ont pratiquée.

Péritonite par perforation. — Celle-ci peut être confondue avec la gestation extra-utérine rompue. Mais alors qu'avec la péritonite il y a présence d'un ventre de bois, arrêt des gaz et des matières, des vomissements et une fièvre souvent élevée, la plupart de ces symptômes ne se retrouvent pas avec la gestation tubaire. Rarement de la contracture et des vomissements, peu ou pas de fièvre, rarement arrêt des gaz; par contre, les signes d'une anémie intense.

Quand, d'autre part, l'épanchement péritonéal est purulent, il existe bien une douleur, au toucher vagi-

(1) CHIFOLIAN et NOYSE. — Ponction du Douglas et colpotomie exploratrice dans le diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine. — *Progrès méd.*, 12 nov. 1932, pp. 1925-1926.

(2) RISSMANN et SCHMIDT. — Expériences avec la ponction du Douglas. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 21 mai 1928, pp. 363-389.

nal, à la pression et une dépressibilité du Douglas, mais en plus il y a une contracture qui manque dans la rupture tubaire.

Appendicite

La confusion peut surgir quand la trompe gravide est située haut et latéralement du côté droit. Mais, alors que dans la grossesse ectopique on note de l'anémie, des troubles vésicaux rectaux précoces, une température normale ou peu élevée et exceptionnellement l'arrêt des gaz, dans la crise de l'appendicite on relèvera de la fièvre, de l'infection, souvent un arrêt des gaz, et les troubles vésicaux-rectaux sont plus tardifs. En outre, dans la grossesse tubaire on relèvera dans les antécédents le retard des règles, les écoulements sanguins, la présence d'une masse insolite dans le cul-de-sac vaginal; les muqueuses froides et décolorées.

En cas d'*abcès appendiculaire*, on le différenciera du fait que dans la grossesse extra-utérine, la fièvre est modérée quand elle existe, les vomissements et la contracture sont rares. Par contre dans l'abcès appendiculaire, la fièvre est élevée, les vomissements et la contracture de la paroi abdominale sont des symptômes habituels.

L'inconvénient de cette erreur de diagnostic, du point de vue pratique, n'est pas considérable, car l'appendicite aiguë, l'abcès appendiculaire, comme la grossesse extra-utérine, commandent l'intervention immédiate. Seulement en cas de doute, il faudra se résoudre de pratiquer la laparotomie médiane au lieu de l'incision pararectale droite habituelle.

Gros ovaire

Vignes insiste tout particulièrement sur ce diagnostic qui lui semble trop souvent négligé et qui est pourtant loin d'être rare. « Un gros corps jaune qui s'accompagne d'aménorrhée, une poussée d'atrésie dans un ovaire scléro-micro-kystique qui s'accompagne de troubles menstruels, constituent autant de tumeurs fantômes » pouvant induire en erreur un clinicien même averti. Souvent, un nouvel examen pratiqué deux jours plus tard, révèle la disparition de la tumeur.

Traitement.

Il y a une règle absolue « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée doit être opérée » (Pinard). Ne pas intervenir, c'est laisser la femme exposée aux très grands dangers de la rupture ou de l'avortement tubaire, compliqués d'*hémorragie interne grave*. Malgré les cas que nous avons relatés de résorption de l'œuf dans le tube gravide, escompter cette éventualité comporte un risque trop grave pour surseoir à l'opération. L'intervention sera d'autant *moins* meurtrière pour la mère que la grossesse sera *moins* avancée. D'autre part, si les risques de la rupture ou de l'avortement tubaire sont des plus grands avant le cinquième mois, ils diminuent de plus en plus après cette période; aussi, contrairement à certains auteurs qui sont d'avis d'opérer même avec un enfant vivant, d'autres préférèrent n'opérer qu'aux environs du terme pour avoir un enfant susceptible de survivre. Après le septième mois le chirurgien peut attendre en surveillant la patiente jusqu'à terme.

C'est ainsi que Hayde et Potter (1) ont pu recueillir 62 cas authentiques d'enfants extra-utérins ayant vécu 30 jours ou davantage après la naissance, les mères survivant également.

Enfin d'autres préfèrent attendre le faux travail, puis la mort du fœtus, de manière à n'opérer que quelques semaines après, et à diminuer ainsi au minimum les dangers de l'hémorragie au moment du décollement du placenta. En effet, quatre à six semaines après la mort de l'enfant, la circulation placentaire est déjà considérablement diminuée, l'opération devient moins hémorragique.

Mais les cas les plus typiques où le médecin est appelé à intervenir sont ceux d'une interruption de grossesse se produisant en général au cours des trois premiers mois par rupture de la trompe gravide.

Néanmoins, on ne saurait trop le répéter, le sort des femmes avec une grossesse extra-utérine dépend surtout d'un diagnostic précoce et d'une opération précoce. Dans les cas fébriles modérés, Engelmann (2) préfère attendre la chute de la température, ceci, d'après lui, augmenterait le pourcentage des succès opératoires. Se basant sur une statistique de la Clinique de Dortmund, il a ainsi trouvé au cours des dix dernières années que sur 37 malades infectées, fébriles, 9 succombèrent, soit 24,47 0/0; alors que sur 180 gestations extra-utérines apyrétiques, il n'y eut que trois cas de mort (1,67 0/0). Dans ces trois derniers cas la femme avait succombé à la suite d'une anémie

(1) HAYDE et POTTER. — Symptoms and signs of extra-uterine pregnancy at or near term with report of two cases and the treatment of late ectopic gestation. — *Am. Journ. Obst. a. Gynec.*, juin 1923.

(2) ENGELMANN. — *Med. Klinik*, 22 avril 1923.

aiguë alors que, dans 5 des 9 cas, des malades fébriles moururent de péritonite.

Mais, en général, toute intervention chirurgicale tardive expose à la mort et en principe on ne fera aucune différence dans le traitement à employer entre une grossesse tubaire encore intacte et un avortement tubaire (Stark) (1).

Certains chirurgiens se contentent d'enlever l'œuf et de conserver autant que possible, la trompe qui a été gravide. D'autres sont d'avis d'enlever radicalement les deux trompes. Enfin, les autres, les plus nombreux, sont d'avis d'enlever la trompe gravide et de laisser en place la deuxième trompe, du moment qu'elle ne présente pas d'altérations pathologiques et qu'il n'y a pas d'indications spéciales pour stériliser.

L'Ecole Lyonnaise est en faveur du traitement conservateur dans les cas de grossesses tubaires. C'est ainsi que dans un cas de grossesse extra-utérine, diagnostiquée par erreur comme appendicite, Cotte (2), par une laparotomie médiane, a pu réséquer la portion isthmique en évitant la portion interstitielle de la trompe et il termina en faisant une implantation tubo-utérine.

Les partisans de la résection bilatérale des trompes appuient leur conception sur le fait des récurrences qui peuvent se présenter ultérieurement, soit dans la deuxième trompe, soit dans le moignon de la trompe réséquée. Cette récurrence, suivant les auteurs, varie

(1) STARK (H.). — Beitrag zur Diagnose und Therapie der Tuben-gravidität. — *Zentr. f. Gynäk.*, 4 nov. 1933, pp. 2600-2603.

(2) COTTE. — Résection de la portion isthmique de la trompe pour grossesse tubaire. Implantation tubo-utérine. — *Lyon chir.*, 1930, t. XXVII, n° 1, p. 61.

entre 2,7-6,25 0/0 (Sserebroff (1), 3 0/0 Kriwsky (2); 8 0/0 Causse (3) et même 20 0/0 pour Terrades) (4); Varnier et Seus (5) avaient déjà attiré l'attention sur la récurrence fréquente des grossesses ectopiques.

Sur 1.000 cas recueillis par Schiwowa, Garfunkel et Schapira (6) de grossesses extra-utérines, dont 424 purent être suivies, ces auteurs notèrent, dans 12,3 0/0 des cas, une nouvelle grossesse tubaire.

Hartmann et Bergeret (7), sur 121 femmes ayant subi une castration unilatérale pour grossesse tubaire et ayant été revues ultérieurement, ont constaté la récurrence dans 10 cas. Dans un de ces cas, ils ont observé une grossesse utérine à la suite de l'opération, puis de nouveau une récurrence.

Il s'agissait d'une femme de 24 ans, qui arrive avec une grossesse tubaire droite rompue avec inondation péritonéale. Castration à droite. Dix mois après elle a, par une couche régulière, un enfant bien portant. Environ 7 mois après, elle revient avec des symptômes de grossesse tubaire à gauche. Cette récurrence est opérée. Excision de la portion terminale de la trompe et

(1) SSEREBROFF (A. I.). — Auf welche Weise ist die Tubenchwangerschaft zu operieren. — *Arch. f. Gynäk.*, 1932, CXCVIII, n° 2.

(2) KRIWSKY (L. A.). — Die extrauterinschwangerschaft nach den Materialien des Njecajev. Krankenhauses zu Leningrad. — *Monatsch. f. Geburth. u. Gynäk.*, 1933, t. XCIII, n° 5.

(3) CAUSSE (J.). — Contribution à l'étude de la grossesse tubaire itérative. — Thèse de Lyon, 1933.

(4) TERRADE (F.). — L'avenir des opérées pour grossesse tubaire. — *Rev. exper. Obst.*, 1931, t. XVI, pp. 328-339.

(5) VARNIER et SEUS. — Sur la récurrence de la grossesse ectopique, 96 observations. — *Ann. de gynéc.*, Paris 1931, p. 169.

(6) SCHIWOWA, GARFUNKEL et SCHAPIRO (J.). — Ueber primäre wiederholte Tubengravidität. — *Monatsch. f. Geb. u. Gynäk.*, 1932, t. XCII, p. 14.

(7) HARTMANN et BERGERET. — À propos de 186 cas consécutifs de grossesses extra-utérines. — *Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, 1919, n° 6, pp. 321-345.

terminaison par une salpingectomie du reliquat de la trompe. Guérison de la malade.

Les grossesses normales peuvent suivre la grossesse extra-utérine (30 0/0 des cas environ); ou bien on peut observer, comme dans le cas précédent, une grossesse normale entre deux grossesses ectopiques (Causse).

Ces récidives se produisent, en général, chez les multipares, et du côté opposé à la première grossesse; mais on a également noté des récidives du même côté.

C'est ainsi qu'il a été décrit des cas de grossesses dans un moignon de trompe, autrefois amputé. Déjà en 1911, Smith (R.), sur 2.998 cas de grossesses extra-utérines, a pu relever 11 cas de grossesses dans le moignon de la trompe enlevée. L.-A. Richarden a rassemblé 7 cas de grossesse interstitielle dans un moignon tubaire après ablation de l'ovaire et de la trompe.

Enfin Schapiro (1) rapporte un cas où une intervention fut renouvelée à trois reprises différentes pour trois grossesses extra-utérines. Il s'agissait dans ce cas d'une perméabilité du moignon tubaire droit, alors que seul l'ovaire gauche avait été conservé.

Sserebroff conclut qu'étant donné le pourcentage élevé des récidives, la fertilité très diminuée de ces femmes, dans tous les cas, sauf ceux où il y a désir absolu d'avoir des enfants, il faut également supprimer la deuxième trompe. Cette conception n'est pas partagée par la majorité des auteurs et, entre autres, Causse rejette formellement le traitement préventif de la récurrence qui consiste à castrer bilatéralement toute femme opérée pour grossesse extra-utérine. Ter-

(1) SCHAPIRO (I. S.). — Zur Frage der Schwangerschaft im Tubenstiel. — *Zentr. f. Gynäk.*, 24 juin 1933, n° 25, pp. 1477-1479.

rades est du même avis, car dans 10 0/0 des cas chez ces femmes survient ultérieurement une grossesse normale (13,8 0/0 Hartmann et Bergeret). Il conseille seulement que toute femme ayant eu dans le passé une gestation tubaire soit soumise à une observation particulièrement suivie et qu'on note tout spécialement toutes les anomalies de la menstruation qui pourraient se produire.

Notre maître, M. le Professeur J.-L. Faure, est d'avis de pratiquer une laparotomie exactement comme « s'il s'agissait d'une salpingite kystique à laquelle l'ablation du sac foetal ectopique ressemble absolument ». Ce n'est que si les annexes sont également malades du côté opposé, que le Professeur J.-L. Faure conseille de les enlever, en pratiquant l'hystérectomie abdominale subtotale.

Le traitement chirurgical sera différent suivant qu'on s'adressera à une grossesse ectopique avant cinq mois ou après cinq mois (Segond).

A. — *Traitement des grossesses extra-utérines de moins de cinq mois.*

Là également, il faut différencier les cas de grossesse tubaire en voie d'évolution et une grossesse avec accident de début, rupture ou avortement, avec hémorragie intra-péritonéale consécutive. Certains, comme Stark, ne font pas de différence au point de vue du traitement à employer entre une grossesse tubaire intacte et un avortement tubaire. Il intervient aussitôt que possible dès le diagnostic posé. Notre maître, M. le Professeur J.-L. Faure, écrit : « Avant le cinquième mois, il n'y a aucun doute à formuler, aucune

hésitation à avoir, il faut opérer et le plus tôt possible. Une femme en état de grossesse ectopique n'est jamais sûre du lendemain; elle est à la merci d'une rupture qui peut être foudroyante, et ce sont là des chances que nous n'avons pas le droit de lui laisser courir. Le délai à remplir jusqu'à ce que l'enfant soit viable est véritablement trop long pour qu'on puisse espérer l'atteindre sans accident, et nous sommes de ceux qui pensent qu'il vaut mieux sacrifier dix fœtus que de laisser mourir une mère. »

Contrairement à quelques chirurgiens qui donnent leur préférence à la voie vaginale, voulant faire profiter les malades des avantages de l'élythrotomie, J.-L. Faure, Schwab et beaucoup d'autres, sont nettement en faveur de la laparotomie qui évite dans la plupart des cas le sacrifice des annexes opposées.

L'intervention consistera dans l'ablation du kyste fœtal et des seules annexes intéressées. Tous les chirurgiens sont d'accord pour effectuer la même technique que celle qu'ils emploient pour une salpingite kystique.

Les difficultés ne surgissent que quand il y a vascularisation intense des organes ou des adhérences du kyste fœtal qui peuvent être très prononcées. Dans ce dernier cas, il faut commencer par isoler le kyste fœtal des adhérences qui l'entourent. On sectionne ensuite entre deux pinces, près de la corne de l'utérus, en dehors de l'insertion du ligament rond, le pédicule interne tubo-utérin de la poche (Schwab). Puis, suivant le procédé du Professeur J.-L. Faure, on fait basculer cette dernière en dehors et on la décolle de bas en haut et de dedans en dehors. On termine l'extirpation par la section entre deux pinces du pédicule externe tubo-ovarien.

Lorsqu'il existe des lésions des annexes du côté opposé, en présence d'une tumeur utérine quelconque, on n'hésitera pas à pratiquer l'hystérectomie sub-totale (J.-L. Faure).

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le plus souvent, en présence d'une *grossesse tubo-interstitielle*, il est impossible de trouver un pédicule interne et on sera forcé de pratiquer une extirpation de l'utérus (hystérectomie totale ou supra-vaginale). Comme on l'a déjà vu, on pourra dans certains cas faire l'implantation du moignon tubaire dans l'utérus (procédé de Cullen).

En cas d'**hémato-salpinx**, les avis sont partagés. Certains attendent, sans intervenir, la régression de l'œuf; mais la plupart interviennent, par crainte des complications toujours possibles. Ce doute n'est pas permis quand il y a présence de réaction péritubaire ou d'hémorragie interne. Il y a indication à une extirpation de la trompe malade par la voie abdominale.

Comme nous l'avons déjà dit au cours de notre exposé, les complications sont fréquentes au cours de la grossesse extra-utérine et même constituent la règle. Une des plus redoutables, c'est l'hémorragie interne péritonéale, par avortement ou rupture tubaire.

Quand il s'agit d'une *inondation péritonéale*, de l'**hématocèle cataclysmique**, l'*intervention d'extrême urgence* peut seule sauver la malade (86 0/0 de mortalité dans l'expectative, 85 0/0 de guérison par l'intervention, d'après la statistique de Cestan).

« Il ne faut pas opérer la malade en état de *shock*, on peut la tuer; or, dans certains cas de la grossesse extra-utérine, il y a des phénomènes très graves, produits par le *shock*, par l'irritabilité du péritoine. Il est capital, dans ces cas, avant d'opérer, de relever l'état

général de la malade par des injections de sérum, de l'huile camphrée, des enveloppements chauds des extrémités, en mettant la malade en position déclive. Pas d'injections de caféine qui épuiserait la force cardiaque de la malade. Pas de glace sur le ventre qui augmenterait l'état hypothyroïdique et le refroidissement; pas de sérum intraveineux; pas de transfusion qui augmenterait la pression sanguine et aggraverait l'hémorragie interne. » Elle sera alors capable de supporter l'intervention. Celle-ci consistera en une laparotomie sous-ombilicale. Dès l'incision du péritoine, il s'échappe un flot de sang; on recherchera aussitôt le kyste fœtal rompu en se guidant sur le fond de l'utérus. On place deux pinces sur l'angle tubo-utérin. L'hémorragie est arrêtée; on enlève les caillots, on lie au catgut les pédicules vasculaires et, si la malade n'est pas trop shockée, on réunit les feuilletts péritonéaux de l'aileron tubaire du ligament large.

On peut fermer la paroi abdominale sans drainage. « Douay draine toujours pour permettre au sang de s'écouler et empêcher la formation de gros caillots qui peuvent créer des complications post-opératoires. »

Après l'opération, faire une injection intraveineuse de sérum physiologique de 500 centimètres cubes, très chaud, en y ajoutant une demi-ampoule de sérum de Normet (10 c. c.). »

En cas d'hémorragie intrapéritonéale libre, mais pas très abondante, les indications opératoires sont les mêmes, sauf qu'on peut attendre quelques heures ou quelques jours sous surveillance pour opérer l'extirpation du kyste fœtal.

Enfin, dans les hémorragies peu abondantes, par poussées successives, donnant lieu à l'hématocèle

rétro-utérine, l'intervention, tout en s'imposant, est moins urgente. « On met la femme au repos absolu avec vessie de glace sur le ventre. Si l'hématocèle a tendance à augmenter, il faut intervenir le plus vite possible par la laparotomie sous-ombilicale, en position de Trendenberg. Le péritoine ouvert, on voit une coloration brune, hématique, de la cavité péritonéale. On va droit sur la poche en se rappelant qu'il n'y a pas de membrane qui limite une hématocèle. La paroi est formée par l'intestin, la vessie, le rectum, et il ne faut pas essayer de décoller. Il faut entrer dans la poche et écarter, puis enlever les caillots. On voit alors la trompe qui a été rompue et c'est uniquement à la trompe que l'on s'attaque. En général, on enlève en même temps l'ovaire. En principe, *on ne draine pas*. »

« Très souvent, la trompe, du côté sain, présente un **hémato-salpinx**; cette trompe n'est pas malade, elle se gorge de sang pour tâcher de l'expulser. Il ne faut pas conclure de ce qu'elle est remplie de sang que l'on a affaire à une grossesse extra-utérine double; presque toujours l'ablation unilatérale suffit, et la femme qui conserve l'autre trompe, si elle peut dans certains cas avoir une récurrence d'hématocèle, peut parfaitement aussi avoir plus tard un enfant bien portant.

« Dans le cas d'une suppuration de l'hématocèle, on ponctionne le cul-le-sac de Douglas en retirant un liquide brunâtre qui est un mélange de sang et de pus; on fait une colpotomie et la trompe récupère sa fonction. »

En cas de trop grandes difficultés, il faudra se résoudre à faire une hystérectomie sus-vaginale.

Suivant l'ancienneté de l'hématocèle et de sa tendance à régresser ou à augmenter, on n'interviendra pas ou on pratiquera la colpotomie postérieure,

comme d'ailleurs dans les cas d'hématocèle suppurée. Le Professeur J.-L. Faure déclare que si, dans les *hématocèles anciennes*, avec arrêt des accidents, c'est par le *vagin* qu'il faut intervenir, il vaut mieux au contraire pratiquer la *laparotomie*, si l'hématocèle est récente et si l'arrêt des accidents ou des poussées hémorragiques n'est pas à peu près certain.

B. — *La grossesse tubaire a dépassé cinq mois.*

Le danger de rupture devient moindre. D'autre part, les indications opératoires se modifient, car le fœtus se rapproche de plus en plus de l'époque où il sera viable. On pourra attendre, mais à condition que le « sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la mère » (Segond). La plupart des auteurs sont d'accord, dans ces cas-là, d'attendre la fin du huitième mois pour opérer. A terme ou vers le terme, on opérera immédiatement pour éviter le faux travail et la mort du fœtus.

L'élythrotomie (extraction de l'enfant par le vagin après incision de celui-ci sur le point le plus saillant) est à rejeter, condamnée par tous les chirurgiens. « C'est une pratique qui paraît détestable et accumule toutes les difficultés, sans présenter aucun avantage » (J.-L. Faure). Exceptionnellement, elle pourrait être employée dans les cas où le kyste fœtal prédomine fortement dans le vagin.

La malade étant sur un plan incliné, on pratiquera la laparotomie sus et sous-ombilicale, longue de 16 à 20 centimètres. Après ouverture du péritoine, on isolera le kyste fœtal de ses adhérences, quand elles

existent; puis, on incisera la face antérieure du kyste, loin du placenta. Le liquide amniotique s'écoule; extraction rapide de l'enfant, dont on sectionne le cordon entre deux pinces et qu'on confie immédiatement à un aide chargé de s'en occuper.

Exceptionnellement, dans les cas de grossesse tubaire, le cas fœtal est pédiculisable, sans adhérences trop intimes avec les parties voisines, et il est extirpable en totalité comme une tumeur ordinaire. Dans ces conditions, suivant le Professeur J.-L. Faure, il y aurait un grand avantage à pratiquer l'extirpation totale du sac et de son contenu, soit en bloc si la chose est possible et peut être conduite très rapidement, afin que le fœtus n'en souffre pas, soit en enlevant d'abord le fœtus, après incision du sac et en attirant ensuite au dehors le sac lui-même avec les membranes et le placenta qu'il renferme.

La question du *traitement du placenta* reste délicate, il variera suivant les circonstances.

D'après Maygrier et Schwab, il faut enlever le placenta quand il n'est pas trop étalé, ni trop adhérent aux organes voisins; quand il est déjà décollé en partie au moment de l'opération. Ce décollement doit toujours se faire doucement, de manière à ne pas provoquer d'hémorragies, qui peuvent être très abondantes, ou une déchirure de l'intestin. Enfin, pour éviter l'hémorragie, on pourra préventivement, avant de décoller le placenta, pratiquer la ligature des deux pédicules vasculaires, interne et externe de la trompe (Potocki). Comme l'écrit le Professeur J.-L. Faure, « il faut décoller le placenta, avec précaution, des organes auxquels il adhère, mais sans perdre de temps, en allant aussi vite que possible et en tenant prêtes des compresses aseptiques en grand nombre, pour tam-

ponner la cavité et les surfaces saignantes au moment même où l'on détache le placenta ».

Dans les cas où l'on ne croit pas devoir ou pouvoir enlever le placenta, le Professeur J.-L. Faure conseille de vider complètement la poche; on enlève des fragments de membrane plus ou moins flottants, on fixe les tissus du sac aux lèvres de la plaie et on tamponne à la gaze aseptique en enfermant le placenta sous les compresses. « Peu à peu la poche se rétracte, le placenta s'atrophie, se désagrège, et si l'on a soin de lutter contre l'infection qui se produit fatalement dans la poche, on voit le placenta s'éliminer peu à peu, la poche se combler et la guérison survenir » (J.-L. Faure).

Dans certains cas particulièrement difficiles, on sera amené à sacrifier l'utérus et les annexes, parfois intimement adhérents, pour assurer une hémostase satisfaisante.

Souvent, quand il est très étalé et s'étend sur la masse intestinale, il faut renoncer à l'extirpation du placenta, si on veut éviter des hémorragies formidables et de nombreuses déchirures de l'intestin. C'est ainsi que Levant (1) eut à déplorer une mort à la suite d'une très grosse hémorragie au cours d'une césarienne à 8 mois 1/2, pour une grossesse extra-utérine, malgré le pincement de six pédicules vasculaires.

Dans le cas où il faut laisser le placenta en place, on pourra pratiquer la *marsupialisation du sac fœtal*. Elle constitue une opération rapide et peu shockante, mais elle laisse en place un placenta qui va s'éliminer très lentement, avec la possibilité d'hémorragie, se-

(1) LEVANT. — Grossesse abdominale à terme sans enfant vivant.
— *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 3 fév. 1930, p. 10.

conduire à une infection facile (septicémie secondaire).

Enfin, l'abandon pur et simple du placenta et des membranes dans l'abdomen, ne pourra être fait qu'en l'absence de toute hémorragie et de toute infection.

L'*extirpation totale du sac* constitue le traitement idéal, mais, malheureusement, parfois elle est impossible; dans ce dernier cas, comme on l'a déjà vu, on réséquera la partie facilement décollable et on pourra marsupialiser la partie restante en suturant ses bords, au catgut, à la plaie abdominale. Tamponnement à la gaze iodoformée et nettoyage quotidien de la poche, qui se rétrécit progressivement.

Enfin, le traitement opératoire se trouvera indiqué à des moments variables, quand le fœtus est mort et se trouve retenu. Si la mort est *récente*, on attendra quelques semaines, sans dépasser six semaines, ce qui diminue les chances et l'importance d'une hémorragie, car la circulation placentaire du côté maternel est encore très active dans les premières semaines.

Au moment choisi : laparotomie, extraction du placenta et du sac.

Quand la mort du fœtus est *ancienne*, on pourra faire une opération radicale. Pour le Professeur J.-L. Faure, il faut même, dans les cas où le fœtus est mort depuis longtemps, encore et toujours opérer, car ce sac fœtal peut s'infecter.

Enfin, le kyste fœtal est *suppuré* : on évacuera alors son contenu (par la voie abdominale ou vaginale) et on le drainera.

Si le kyste fœtal suppuré s'est *ouvert* ou *fistulé* : agrandissement de la fistule, évacuation des débris, drainage. Enfin, laparotomie et extirpation du kyste fœtal.

Pour terminer cet aperçu sur le traitement, nous ne pouvons mieux faire que de nous rattacher aux conclusions de notre maître, le Professeur J.-L. Faure, concernant la voie d'attaque du kyste fœtal :

« Il nous paraît préférable de recourir à la *laparotomie* qui permettra d'accomplir une meilleure besogne et que nous conseillerons, en somme, d'une façon systématique, dans tous les cas de grossesse ectopique, ancienne ou récente, avec fœtus mort ou vivant. »

Observations.

Nous avons pu recueillir, dans le service de Clinique Gynécologique de l'Hôpital Broca, le protocole opératoire de plusieurs grossesses tubaires. Malheureusement, toutes ces femmes étaient arrivées en état d'urgence, avec symptômes d'hémorragie interne, de sorte que nous ne pûmes relever chez elles des renseignements sur l'état antérieur des annexes. Mais ces observations démontrent, une fois de plus, que ces grossesses extra-utérines, trop souvent, ne sont diagnostiquées ou traitées qu'au moment de l'apparition d'un état grave, tel qu'avortement ou rupture tubaire avec hémorragie interne.

Parmi ces observations, voici deux cas traité par notre maître Douay, et qu'il a bien voulu nous communiquer.

OBSERVATION n° 1. — Hematosalpinx par grossesse tubaire. Guérison médicale sans opération.

Mme S..., 36 ans.

Antécédents. — Opérée à Rouen en 1926 pour grossesse ectopique gauche. Ablation de l'ovaire gauche.

Perte de sang post-opératoire, avec avortement; nécessite un curettage.

En 1928, deuxième grossesse à Lille.

Vomissements incoercibles. Traitée par curettage au deuxième mois.

En 1933, troisième grossesse : dernières règles le 6 novembre. Le 26 décembre, retard de vingt jours.

Crise douloureuse; perte de sang.

Le 31 décembre, pertes de sang persistent; curettage : débris insignifiants.

Le cinquième jour, hémorragie qui persiste sans fièvre, douleurs à droite pendant douze jours.

Le 21 janvier 1934, examen par Douay : col légèrement ouvert; à droite, masse annexielle douloureuse. L'ovaire, coiffé d'une trompe en bissac très tendue et résistante. Perte de sang noirâtre.

Diagnostic. — *Hématosalpinx par grossesse tubaire arrêtée dans son évolution.*

Traitement. — Repos au lit, glace sur le ventre.

Revue le 28 janvier : Amélioration certaine; trompe moins tendue, douleurs très atténuées; pertes de sang brunâtre, journalières. Apparitions des règles le 15 mars.

En avril, état général très satisfaisant; règles normales (13 avril = 3 jours).

Revue à Paris par Douay le 5 mai 1934, en très bon état : utérus petit, ovaire droit petit et mobile; cul de sac gauche opéré en 1920 sans souplesse.

OBSERVATION n° 2. — *Hématocèle ouverte par colpotomie: infection grave. — Ablation de l'annexe et drainage par laparatomie. Guérison.*

Mme A..., 21 ans.

Antécédents. — Opérée à Toulouse en 1928 pour grossesse tubaire droite.

En janvier 1929 : retard des règles, crises douloureuses, évacuation de fausse caduque; guérison par des moyens médicaux (grossesse extra-utérine gauche).

En 1930 : Hystéroggraphie, montra un petit trajet tubaire gauche = image d'hydrosalpinx.

Le 18 juin 1931 : Retard de 15 jours = douleurs pendant 3-4 heures; débris de caduque utérine.

Traitement médical : Repos, 15 jours; guérison (grossesse ectopique).

Le 17 juillet 1931, la malade revient. Examen par Douay :

utérus peu mobile, col très large, cul-de-sac droit sans souplesse (côté opéré); masse annexielle gauche kystique et fixée.

Traitement. — Diathermie, cure hydrominérale.

Le 16 mars 1932 : retard des règles (5 jours); crises douloureuses; perte de sang; débris membraneux.

Examen. — Utérus normal; col large; masse annexielle gauche très augmentée de volume, très douloureuse, descend dans le Douglas. Température, 38° 8.

Le 17 mars, colpotomie par son médecin : sang noir. Le lendemain, température 39°.

Le 19 mars : T. 41°, frissons, pouls incomptable.

Le 20 mars : Opération. Laparotomie; adhérences épiploïques et intestinales. Ouverture du foyer putride en décollant anses grêles et vessie. Nettoyage; ablation des annexes gauches. La trompe est grosse, infiltrée, non rompue; ovaire malade. Pansement à la Mikuliz.

Amélioration immédiate. Mikuliz enlevé le dixième jour, les fils le dix-huitième. Cicatrisation obtenue le trente et unième jour.

Revue le 19 juin 1932 : Utérus en bon état, bouffées de chaleur.

Extrait d'ovaire donné régulièrement (six piqûres d'hormovarine par mois). Amélioration de l'état général, sans menstruations.

OBSERVATION n° 3. — Mme Tr..., 27 ans. — Hématocèle gauche.

Entrée le 5 janvier 1928; opérée le 10 janvier 1928 par J. L. Faure et Frantz : Hystérectomie abdominale subtotale; sortie le 27 janvier 1928.

Examen. — Pas de pertes blanches. Bien réglée jusqu'en octobre (19). Pas de règles en novembre (seins augmentés de volume, nausées).

Le 10 décembre, petite perte de sang noir.

Le 13, dans la rue, a presque perdu connaissance. Douleur pelvienne brusque. Pâleur de la face.

Diagnostic : Grossesse extra-utérine.

Compte rendu opératoire. — Grossesse extra-utérine gauche. On trouve un volumineux kyste de l'ovaire droit adhérent à gauche, kyste inclus dans le ligament large, plus une grossesse extra-utérine gauche avec hématocèle rétro-utérine. Hémi-injection utérine.

On enlève les annexes droites, puis celles de gauche avec

la trompe gravide. Il reste dans le Douglas une poche sanguine secondaire. On l'ouvre et la vide sans enlever les parois. Un drain dans le Douglas.

Pièces : Grossesse tubaire gauche rompue, avec kyste de l'ovaire droit.

OBSERVATION n° 4. — Mme Hai..., 42 ans.

Entrée le 16 mai 1928; opérée le 16 mai 1926 par Douay : Hyst. abdominale subtotale; sortie le 6 juin 1928.

Antécédents. — Rétroversion, opérée en 1925 à Saint-Louis pour hématocele gauche. Dernières règles le 18 mars, normales. Pas de règles en avril. Sang revenu vers le 9 mai sans douleur, très peu. Douleur très vive brusque le 15 mai, à cinq heures, et surtout droite. Nausées.

Examen. — Gros utérus, col mou, douleur de Douglas, masse molle à gauche.

Compte rendu opératoire. — Grossesse extra-utérine. Laparotomie sous-ombilicale. Hystérectomie totale. Ligature dans le pédicule et section du col en dernier. Péritonisation. Parois en trois plans.

OBSERVATION n° 5. — Mme Bo..., 33 ans.

Entrée le 5 février 1930; opérée le 5 février 1930 par Lapyre : Hyst. abdominale subtotale; sortie le 8 mars 1930.

Examen. — Hématocele, plus gros utérus fibromateux. Bien réglée. Retard en janvier (au lieu du 6 janvier, règles le 13 janvier). Depuis, perd toujours un peu de sang noir. Crise douloureuse le vendredi 31 janvier. Envoyée pour fibrome par le docteur Lamarignier : Fibrome et grossesse (œuf dans le pavillon).

Compte rendu opératoire. — Malade exsangue. Pouls faible et rapide, opération d'urgence. Laparotomie sous-ombilicale : on trouve une poche hématique annexielle gauche, un utérus fibromateux irrégulier. On décide de faire une hystérectomie subtotale, avec pincement de l'utérus de chaque côté; section du col. Péritonisation, Mikuliz et tamponnement à deux mèches. Parois en trois plans.

Pièces : Fibrome et grossesse tubaire = œuf dans le pavillon. La trompe est distendue par le caillot.

Suites = sérum de Normet intraveineux 500 gr. Le soir huile camphrée. Pouls à 120. Salicylate d'Esérine 1/2 cc., bon effet. Cicatrisation normale, Sortie le 8 mars.

OBSERVATION n° 6. — Mme Jon..., 25 ans.

Entrée le 9 novembre 1931; opérée le 25 novembre 1931 par Weil et Roi (ablation de l'ovaire et de la trompe gauche); sortie le 26 décembre 1931.

Antécédents. — En avril 1930 : Métrorragie, après fausse couche; salpingite probable; depuis, perte de sang.

Examen. — Métrite avec salpingite latéro-utérine gauche (peut-être très ancienne).

Compte rendu opératoire. — Etant endormie : colpotomie. Issue de sang noir liquide, avec petit filet rouge. Aussitôt laparotomie médiane. Péritoine bleuté. Sans liquide, dans la couche péritonéale; on l'éponge, après s'être protégé par des champs et en laissant la femme horizontale. La trompe droite est sectionnée de l'utérus et contient un œuf de deux mois dans sa portion ampullaire tombée dans le Douglas. Ligature des pédicules et ablation de l'anse droite. Pose d'un Mikuliz à cause de la colpotomie. Suture en trois plans au fil à bronze.

21 septembre 1932 : Pertes blanches abondantes depuis sept mois, règles toutes les trois semaines pendant deux jours. Deux syncopes en quinze jours, sans pertes rouges. Dernière règles sont arrêtée dimanche, reperd du sang depuis aujourd'hui.

Examen douloureux, mais pas gros. Annexe gauche : la trompe est perceptible assez facilement, mais pas douloureuse.

Diagnostic. — Extra-utérine gauche.

Opération. — 22 septembre : Examen Douay. Peu de chose, mobile, plus annexite gauche. Après, la malade n'est plus revue dans le service.

OBSERVATION n° 7. — Mme Moss..., 31 ans.

Entrée le 25 mai 1932; opérée le 6 juin 1932 par Douay (ablation des annexes gauches); sortie le 23 juin 1932.

Hématocèle latéro-utérine.

Antécédents. — Le 28 mai, élimination caduque. Grossesse extra-utérine gauche, hématocèle. Annexe droite grosse et violacée, sans infiltration hématique. Dernières règles le 12 avril. Depuis n'a pas revu. Pas de règles le 12 mai.

Le 18 mai, il y a huit jours, crise douloureuse, avec nausées et le lendemain pertes de sang.

Entre le 25 mai et l'examen, l'utérus augmente de volume. Masse douloureuse latéro-utérine gauche. Rien d'appréciable dans le Douglas.

Diagnostic. — Grossesse extra-utérine, sans urgence. Elimi-

nation de la caduque le 28 mai : Follicules répétées avec augmentation de la tuméfaction du Douglas.

Compte rendu opération. — 6 juin.

1° Incision.

2° Ablation de l'appendice.

3° Nettoyage du Douglas = une grande quantité de caillots de sang.

4° Libération d'une hématocele de la trompe gauche.

5° Vérification de l'annexe droite qui *est épaissie*; avec quelques caillots de sang.

6° Drain.

7° Fermeture de la paroi.

OBSERVATION n° 8. — Mme Pai..., 27 ans, sans enfant. — Première opération en août 1924 (ov. droit).

Entrée le 20 avril 1932; opérée le 27 avril 1932 par Peytavin (ovarectomie gauche pour grossesse extra-utérine rompue); sortie le 17 mai 1932.

En février, règles normales (début des règles 14 février). En mars, quelques gouttes pendant plusieurs jours. Au début d'avril, le 2, crise douloureuse brusque, suivie d'hémorragie durant quinze jours (du 3 au 18 avril). Depuis, pertes chaque jour, très peu.

Examen. — Utérus gros en rétroversion; à gauche, petite masse très douloureuse (ovaire gauche douloureux), séparée de l'utérus (sclérokystique). Grossesse extra-utérine?

Opérée d'urgence le 7 avril.

Compte rendu opératoire. — Grossesse extra-utérine rompue. Intervention d'urgence, pour signes d'hémorragie interne, en rapport avec grossesse extra-utérine. Après avoir remonté la malade par sérum toni-cardiaque :

1° Laparotomie médiane, sous-ombilicale. Ablation de l'annexe gauche : grossesse ampullaire non rompue, mais avortement tubaire par le pavillon.

2° Avait déjà été opérée des kystes de l'ovaire du côté droit. On fait des greffes dans les grandes lèvres (technique Douay), avec l'ovaire gauche.

3° Revenue le 12 septembre 1932 avec un écoulement de sang, qui coïncide avec douleurs au niveau des greffes qui sont surtout gonflées à gauche (c'est la règle).

Conservation de l'utérus, plus greffe ovarienne (22 septembre 1932). Règles, une fois trois jours, sans douleurs. Utérus bien développé. Greffe gauche (datte) indolore. Greffe droite faible, plus haute contre pubis, plus sensible.

Premières règles post-opératoires le 1^{er} septembre 1932, puis régulièrement tous les mois.

Jusqu'en *novembre* 1932, règles trois à quatre jours, comme avant l'opération.

OBSERVATION n° 9. — Mme Au..., 29 ans.

Entrée en mars 1933; opérée d'urgence par Douay; sortie le 22 avril 1933.

Entrée dans le service à l'urgence par un tableau d'hémorragie interne.

Histoire. — Début brutal à 2 heures du matin, avec des douleurs abdominales diffuses. Parole difficile. Les extrémités sont froides. Pâleur. Pouls incompressible.

Examen. — Au toucher vaginal : douleurs au niveau du Douglas. On sent une masse volumineuse molle fuyant sous les doigts.

Huile camphrée, anesthésie à l'éther.

Intervention d'urgence et immédiate. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Péritoine bleu. Issue d'une quantité considérable de sang liquide et caillots.

Dans le petit bassin, anse intestinale dilatée. Annexe adhérente à l'intestin, au rectum et à l'épiploon.

1. Grossesse isthmique droite rompue, saignant en jet, très difficile à libérer. Ligature du pédicule utéro-ovarien et de la trompe au niveau de la corne utérine en deux points de catgut.

2. Grosse trompe adhérente en masse, remplie de caillots donnant l'impression très nette d'une grossesse isthmique, libération pénible, amène la rupture et donne issue à du sang noir et un peu de liquide grisâtre, le pavillon très adhérent au sigmoïde et à la partie terminale de la trompe kystique : salpingectomie et ovariectomie partielles.

Toilette du bassin, drain dans le Douglas. Fermeture de la paroi en trois plans. Auto-greffes ovariennes aux grandes lèvres (procédé Douay).

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*,
J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

Conclusions.

1. La grossesse tubaire constitue la forme la plus fréquente de la gestation extra-utérine.

2. Les tableaux cliniques sont extrêmement variés suivant l'évolution de cette grossesse ectopique, donnant lieu à de grandes difficultés de diagnostic :

a) La grossesse tubaire en évolution pouvant simuler certaines grossesses utérines, anormales, et spécialement la grossesse angulaire;

b) La grossesse tubaire rompue avec hémorragie interne libre, pourrait simuler tous les syndromes douloureux de l'abdomen et spécialement la péritonite généralisée;

c) La grossesse tubaire avec hémorragie péritonéale localisée formant l'hématocèle et pouvant simuler toutes les lésions annexielles;

d) La grossesse tubaire avec hématosalpinx, pouvant simuler les kystes hématiques de l'ovaire du type folliculaire et lutéinique.

3. Dans tous les cas, il faut toujours penser à la possibilité de la grossesse ectopique et attacher de l'importance :

a) Au retard de règles, ou seulement à des troubles

menstruels récemment observés;

b) Aux pertes de sang, habituellement noirâtres, intermittentes et durables;

c) Aux crises douloureuses d'intensité variable;

d) A la présence d'une tuméfaction annexielle, qui continue à se développer sans fièvre, malgré le repos.

4. Le diagnostic biologique de la grossesse peut rendre quelques services, surtout pour suivre l'évolution de l'œuf tubaire et en tirer des conséquences pratiques. Une réaction franchement positive montre que l'œuf se développe, faisant craindre des complications imminentes. Lorsque l'œuf est mort depuis 8 à 10 jours, la réaction devient légèrement négative. Elle est franchement négative lorsqu'il y a disparition de l'activité des villosités placentaires, ce qui veut dire que la résorption naturelle peut être envisagée.

5. Le traitement en principe est chirurgical :

a) L'opération sera faite sans délai si l'œuf est vivant, à partir de 5 mois, la conduite à tenir est discutable;

b) Le traitement chirurgical d'urgence s'impose dans l'hémorragie interne, en évitant cependant d'opérer en période de shock;

c) Le traitement chirurgical sera fait sans tarder et par voie abdominale dans l'hématocèle;

d) L'hématosalpinx sera mis en observation si la tuméfaction persiste; il faut opérer et utiliser autant que possible les procédés conservateurs. Certains cas peuvent guérir sans opération, la diminution de volume de la masse annexielle sera le premier signe d'abstention chirurgicale, la disparition des pertes de sang sera le premier signe de guérison.

Bibliographie.

1932 et 1933

AIGROT (C.). — Rupture de la grossesse tubaire paradoxale. *Lyon Chirurgic.*, sept.-oct. 1933, t. XXX, pp. 587-588.

APAJALAHTI (A.). — Ueber die späteren Schicksale der wegen einer Tubenschwangerschaft Operierten. *Acta Obst. et Gynac. Scandinav.*, 1932, t. XII, pp. 329-350.

— Late results of surgical intervention in tubal pregnancies. *Duodecim*, 1932, t. XLVIII, pp. 40-57.

AUDIBERT. — Considérations sur trois cas de grossesse extra-utérine rompue. *Bull. Soc. Obs. et Gynec.*, oct. 1932, t. XXI, pp. 605-607.

BAENS (A.). — Report of 174 cases of ectopic gestation. *J. Philippine Islands M. A.*, oct. 1932, t. XII, pp. 497-502.

BARTHÉLEMY. — La rupture tubaire silencieuse. *Bull. Soc. Obst. et Gynec.*, janv. 1933, t. XXII, pp. 96-98.

BATORI (G.). — La prova del piramidone per la diagnosi di emorragie endoperitoneali. *Folia Gynecol.*, 1932, t. XXIX, pp. 259-268.

- BAZALA (V.). — Five cases of intestinal pregnancy. *Litjechn. vpes.*, 1902, t. LIV, pp. 16-22.
- BERGER (M.). — Zwei seltenere Fälle von Tubengravidität. *Zentr. f. Gynäk.*, 25 mars 1933, t. LVII, pp. 689-692.
- BERGERIS (M.). — Case of interstitial tubal pregnancy with tubal abortion. *Medicina*, Kaunas avril 1933, t. XIV, pp. 224-226.
- BERNHARD (E.). — Über die Zunahme der Tubargravidität und ihre Ursachen. *Zeitsch. f. Gebrutsh. u. Gynäk.*, 1933, t. 105, pp. 46-92.
- BIRD (G.-L.). — Intraperitoneal rupture of tubal gestation followed in 12 months by a second. *Canad. M. A. J.*, mai 1933, t. XXVIII, p. 536.
- BONACCORSI (A.). — La gravidanza extrauterina ed alcune sue varietà non comuni. *Clin. ostet.*, déc. 1932, t. XXXIV, pp. 757-776.
- BONDIOLI (A.). — 16 casi di gravidanza tubarica. *Arte ostet.*, t. XLVI, 30 avril 1932, p. 53; 31 mai, p. 72; 30 juin, p. 88; 31 juill., p. 97.
- BROWN (S.). — X-rays findings in two cases of ruptured ectopic pregnancy and one case of ruptured ovarian cyst. *J. Med.*, mai 1933, t. XIV, pp. 150-151.
- CALDEIRA (J.). — Prenhez extra uterina direita rota como achado cirurgico. *Bol. Soc. de med. e cir. de Sao Paulo*, juin 1932, t. XVI, pp. 7-9.
- CHAMARRO (T.-A.) et JUCCOTTI (A.-S.). — Recidiva del embarazo extra-uterine en la misma trompa (reintegrada 4 meses antes en el abdomen, después de un aborto tubario. *La Semana Medica*, 13 juill. 1933, t. 2, pp. 73-76.
- CHANINA-GAIDUK (F.). — Über eine ausgetragene Tubengravidität mit Erhalten einer lebenden Frucht. *Mo-*

natsch, f. Geburtsh. u. Gynäk., avril 1933, t. XCIV, pp. 22-28.

CLARK (S.-G.). — Ectopic pregnancy complicated by rupture into intestine. *Journ. Ad. med. Assoc.,* 8 oct. 1932, t. XCIX, pp. 1253-1254.

CLÉMENT (F.). — Grossesse tubaire ayant atteint six mois sans rupture. Mort du fœtus. Intervention au onzième mois. Guérison. *Bull. Mém. Soc. Chirurgie de Paris,* 15 avril 1932, t. XXIV, pp. 203-207.

COUNSELLER (V.-S.), COX (F.-W.), CHURCH (G.-T.) et PATERSON (S.-J.). — Right tubal abortion with secondary pregnancy. *S. Clin. North. Am.,* août 1933, t. XIII, pp. 909-975.

CZYSZAK (J.). — Early tubal pregnancy. *Ginek. polska,* janv.-mars 1933, t. 2, pp. 61-63.

DAWYDOW (G.-L.). — Über Gebärmutterausschabung zwecks Schwangerschaftsunterbrechung bei fehlender extrauteriner Gravidität. *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.,* juill. 1932, t. XCI, pp. 447-452.

DAVIES (J.-A.). — Twin tubal pregnancy : rupture. *Practitioner,* mai 1933, t. CXXX, p. 613.

DIERKS (K.). — Zur Frage der « Eileiterschwangerschaft als unmittelbare Operationsfolge ». *Zentr. f. Gynäk.,* 20 avril 1932, t. LVI, pp. 2078-2080.

DUFOIX et REVEL. — Grossesse extra-utérine opérée au douzième mois. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.,* juill. 1932, t. KXI, pp. 493-494.

DUFOUR (A.). — Les erreurs de diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Hôpital,* oct. 1932, t. XX, pp. 619-621.

EISENSTADTER (D.). — Zur Frühdiagnose der extra-uterinen Gravidität. *Zentr. f. Gynäk.,* 5 nov. 1932, t. LVI, pp. 3743-3744.

- ERCHIA (F. d'). — Gravidanza ovarica e tubarica contemporaneo. *Clin. ostet.*, août 1932, t. XXXIV, pp. 505-509.
- ESQUVEL (F.). — Analysis of 62 cases of ectopic pregnancy among Filipinos. *J. Philippine Islands M. A.*, mars 1933, t. XIII, pp. 154-158.
- FARO MORENO (J.-M.). — Consideraciones sobre el diagnostico precoz del embarazo tubario. *Arch. Fac. de med. de Zaragoza*, sept.- oct. 1932, t. I, pp. 483-487.
- FAYOT (G.). — Les méthodes de laboratoire dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine au début. *Montpellier méd.*, 15 mars 1933, t. III, pp. 223-231.
- FOLLIASSON (A.). — Les formes graves des grandes hémorragies de la grossesse tubaire rompue. *Hôpital*, mai (B) 1932, t. XX, pp. 366-368.
- FORTI (E.). — Contributo alla diagnosi biologica della gravidanza ectopica con il metodo di Aschheim Zondek. *Rev. ital. di ginec.*, juill. 1933, t. XV, pp. 264-276.
- FRANQUÉ (Von O.). — Die Früh- und Differential diagnose und Behandlung der Extrauterin schwangerschaft. *Med. Klin.*, 15 juill. 1932, t. XXVIII, pp. 989-992.
- GARCIA CABALLERO (A.). — Mioma y gestacion extra-uterine a termino. *Med. latina*, janv. 1933, t. VI, pp. 34-39.
- GARRISON (S.-P.). — Tubas twin pregnancy. *Kentucky M. J.*, nov. 1932, t. XXX, pp. 606.
- GAUJOUX et RAVEL. — Grossesse extra-utérine de six mois en rétention depuis huit ans. *Bull. Soc. Obst. et de Gyn.*, juillt. 1932, t. XXI, pp. 495-496.
- GAUJOUX et REYNAUD. — Grossesse extra-utérine opérée au quinzième mois. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, juill. 1932, t. XXI, pp. 494-495.
- GIANELLA (C.). — Die diagnostische Bewertung der Hypophy-

sen-Vorderlappen. Reaktion I bei abgestorbener Extrauterin-gravidität. *Schweig. med. Woch., Gyn.*, juill. 1932, t. LXIII, pp. 644-645.

GINFLINGER (A.). — Grossesse extra-utérine en voie de résorption. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, oct. 1933, t. XXII, pp. 688-689.

GOLDBERG (S.). — Ein Fall von interstitieller Tubengravidität. *Zentr. f. Gynäk.*, 6 avril 1932, t. LVI, pp. 1943-1944.

GROSDOV (T.-M.). — Invagination und Eversion der Tuba Falopii bei Tubenabort. *Zentr. f. Gynäk.*, 8 oct. 1932, t. LVI, pp. 2488-2491.

GUYOT (J.) et TRAISSAC (R.). — Sur deux cas de grossesse tubaire droite siégeant dans le cul-de-sac vésico-utérin. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, mai 1932, t. XXI, pp. 348-349.

HAMANT et CHAINOT. — Evolution et traitement de la grossesse ectopique après le cinquième mois. *Rev. Méd. de l'Est*, 15 mars 1933, t. LXI, pp. 201-226.

HARA (G.). — Ein seltener Fall von rechtseitiger Tubenschwangerschaft. *Taiwan Iigakkai Zasshi* (Anst. Sect), fév. 1932, t. XXXI, p. 24.

HATLEBERG (C.-B.). — Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Wisconsin M. J.*, août 1932, t. XXXI, pp. 530-533.

HEIMANN (F.). — Die Schwierigkeiten der Diagnose « Tuberrupture. *Med. Klin.*, 16 juin 1933, t. XXIX, pp. 842-844.

— Differential diagnosis of rupture of tube in extrauterine pregnancy. *Méd. J. a. Rev.*, 25 mars 1933, t. CVII, pp. 248-250.

HEINS (H.). — Report of case of 6 months unruptured isthmal tubal pregnancy. *Am. J. Obs. a Gynec.*, nov. 1932, t. XXIV, pp. 757-760.

HIRSCH-HOFFMANN (H.-U.). — Die Bedeutung der Aschheim-

Zondekschen Reaktion für die Klinik der Extrauterin gravidität. *Klin. Woch.*, 22 oct. 1932, t. 2, pp. 1791-1793.

HOFFMANN (H.). — Weiteire Erfahrungen mit dem Karienchenserumversuch (K S W). *Zentr. f. Gynäk.*, 25 fév. 1933, t. LVII, pp. 462-468.

HOUOT (A.). — Importante inondation péritonéale avec lésions minimes de grossesse tubaire. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, oct. 1933, t. XXII, pp. 702-705.

JEWETT (W.-A.). — Case of tubal twins. *Am. J. Obst. a. Gynec.*, juill. 1933, t. XXVI, pp. 108-110.

KAISER (K.). — Diagnostische Schwierigkeiten bei Extrauterin gravidität. *Med. Klin.*, 29 juill. 1932, t. XXVIII, pp. 1057-1058.

KAWASHINIA (N.). — Instance of interstitial tubal pregnancy diagnosed and extirpated before rupture. *Jap. J. Obst. a. Gynec.*, oct. 1932, t. XV, pp. 406-411.

KELLER (R.). — Réflexions à faire lors de l'opération d'une grossesse tubaire. *Gynécologie*, juin 1933, t. XXXII, pp. 317-322.

KOMAREK (V.). — Appendicitis and tubal abortion. *Rozhl. v. chir. a gynaek (cast gynaek)*, 1932, t. 2, pp. 112-116.

KREIS (J.). — Considérations anatomiques et cliniques au sujet de la régression spontanée d'une jeune grossesse tubaire. *Bull. Soc. d'Obst. et de gynéc.*, juill. 1932, t. XXI, pp. 515-518.

KRIVSKIJ (L.-A.). — Statistics of cases of extra-uterine pregnancy at Nechaev hospital. *Monatschr. f. Geburth. u. Gynäk.*, fév. 1933, t. XCIII, pp. 292-300.

KUNEZ (A.). — Beiträge zur Diagnostik und Therapie des weiter futgeschrittenen extra-uterine Gravidität. *Zentr. f. Gyn.*, 25 mars 1933, t. LVII, pp. 696-705.

- LABANDIBAR (B.). — Consideraciones sobre 43 casos de embarazo ectopico. *Rev. de Cir. de Buenos-Aires*, juill. 1933, t. XII, pp. 481-495.
- LABHARDT (A.). — Die Zunahme der Tubargraviditäten. *Schweiz. med. Woch.*, 23 juill. 1932, t. LXII, pp. 689-691.
- LAFFONT et EZES. — Trois nouveaux cas de douleur élevée dans la grossesse extra-utérine rompue. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec.*, juin 1933, t. XXII, pp. 487-489.
- LAGROT (F.). — La douleur élevée dans les ruptures de grossesse extra-utérine. *Bull. Soc. d'Obs. et de Gynec.*, juin 1933, t. XXII, pp. 491-492.
- LAPEYRE (J.-L.). — Grossesse interstitielle. *Gynec. et Obst.*, déc. 1932, t. XXVI, pp. 481-494.
- LAPEYRE (N.-C.), FAYOT (G.) et LAFOURCADE. — Deux cas d'inondation péritonéale avec contracture abdominale. *Arch. Soc. de Ss. méd. et biol. de Montpellier*, sept. 1932, t. XIII, pp. 525-527.
- LEIBOVICI (R.). — Grossesse extra-utérine avec lithopédion à droite et hématome intra-ligamentaire à gauche. Hystérectomie, résection iléo-cæcale; guérison. *Bull et Mém. Soc. nation. de Chir.*, 6 mai 1933, t. LIX, pp. 670-675.
- LE LORIER, LAPEYRE (J.-L.) et MAYER (M.). — Grossesse tubaire récidivée; diagnostic histologique et biologique; greffes ovariennes. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec.*, mars 1932, t. XXI, pp. 166-170.
- LEOPOLD (S.). — Ein Fall von ausgetragener ektopischer Schwangerschaft. *Zentr. f. Gynäk.*, 6 avril 1932, t. LVI, pp. 1940-1942.
- LIFVENDAHL (R.-A.). — Tubal pregnancy following uterine insemination. *Am. J. Obst. a Gynec.*, mai 1933, t. XXV, pp. 733-735.
- LOPEZ (Sancho Et). — Embaraza extrauterino. *Cron. méd. Valencia*, 15 juin 1932, t. XXXVI, pp. 441-540.

- LYONNET (R.). — La grossesse extra-utérine après le cinquième moi. Quelques considérations sur son diagnostic et son traitement. *Lyon Médical*, 30 oct. 1932, t. CL, pp. 465-474.
- MAGRANS ROCA (F.). — Ruptura de embarazo ectopico. Signo de Laffont. Inundacion peritoneal. *Rev. méd. cubana*, mai 1933, t. XLIV, pp. 524-529.
- MAIA (N.) et CASTEO (A. de). — Sobre un caso de gravidez tubaria com ruptura da trompa e inundação peritoneal. *Rev. de Gynec. e d'Obst.*, juill. 1932, t. XXVI, pp. 374-376.
- MARTA (A.). — Sull'etiologia e trattamento delle gravidanza uterina. *Rassegna d'oster. e ginec.*, 30 sept. 1932, t. XLI, pp. 570-591.
- MASSAZZA (M.). — Interno alla patognesi della gravidanza tubarica. *Folia gynaec.*, 1933, t. XXX, pp. 111-136.
- MATHIEU (A.) et WILSON (W.-W.). — Unruptured interstitial pregnancy. *Surg. Gynaec. et Obst.*, nov. 1932, t. LV, pp. 640-643.
- MATTERS (R.-J.). — Confusing features in diagnosis of ectopic gestation. *Med. J. Australia*, 11 mars 1933, t. I, pp. 314-315.
- MOSSOR (S.). — Blood picture in extra-uterine pregnancy. *Ginek. Polsk.*, avril-juin 1932, t. I, pp. 463-465.
- MURRAY (H.-L.). — Tubal gestation as seen by gynæcologist : analytical study of certain aspects, clinical and pathological, of consecutive series of 146 cases. *Proc. Roy. Soc. Med.*, juill. 1932, t. XXV, pp. 1375-1385.
- NOLLE (H.). — Die Diagnose der Extrauterin gravidität in der ziverten Schwangerschaftte durch das Rönt enbild. *Zentr. f. Gynäk*, 25 mars 1933, t. LVII, pp. 693-696.
- ODY (F.). — Le « cri vésical » dans la grossesse extra-utérine. *Rev. Méd. de la Suisse Rom.*, 10 juin 1932, t. LII, p. 417.

- OSIAKINA (A.-J.) et SCHMATOK (K.-D.). — Über die Dezidualreaktion der Tube bei intrauteriner und Tubenschwangerschaft und ihre Bedeutung für die Ätiologie der letzteren. *Monatsch. i. Geburth. u. Gynäk.*, juill. 1933, t. XCIV, pp. 329-337.
- PALLIEZ (R.) et GERNEZ (L.). — Rétention d'un fœtus extra-utérin momifié de six mois; extirpation; guérison. *Bull. Soc. Obst. et de Gynéc.*, nov. 1932, t. XXI, pp. 670-675.
- PAROLI (G.). — Considerazioni cliniche sulle gravidanze extra-uterine con infezione in atto. *Riv. ital. di ginec.*, août 1932, t. XIV, pp. 101-120.
- PELTIER DE QUEIROZ (A.). — Rupturas de prenhez tubaria. *Bahia med.*, déc. 1932, t. III, pp. 303-306.
- PETIT DE LA VILLÉON et GIET. — Grossesse extra-utérine sans diagnostic et ses incidents multiples. *Bull. et Mém. Soc. des Chir. de Paris*, 4 mars 1932, t. XXIV, pp. 158-161.
- PETRIGNANI (R.). — Contribution à l'étude du « signe de Lafont. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, nove. 1932, t. XXI, pp. 645-646.
- PONJOAN (A.). — Ruptura uterina per embaras intersticial. *Ann. de Hosp. de Santa Creu i Santa Pau*, 15 juin 1933, t. VII, pp. 233-234.
- PUCCIONI (L.). — Contributo anatomo-clinico allo studio della gravidanza Tubarica interstiziale. *Clin. ostet.*, juill. 1932, t. XXXIV, pp. 433-442.
- QUADRAS-BORDES (M.-L.). — Contribucion al estudio del aborto tubarico y de la rotura tubarica. *Med. iberica*, 18 mars 1933, t. I, pp. 377-383.
- QUEIROZ (V. F. de). — Auto-hemo-transfusao nas hemorragias clysmicas de prenhez ectopica rota. *Rev. de Gynec. e. d'Obst.*, juin 1932, t. XXVI, pp. 290-303.

- REEB (M.). — Avortements tubaires jeunes à évolution ralentie et leur diagnostic. *Strasbourg méd.*, 5 août 1932, t. XCII, pp. 474-475.
- REEB (M.). — Avortements tubaires jeunes à évolution ralentie et leur diagnostic. *Gynéc. et Obst.*, nov. 1932, t. XXVI, pp. 385-398.
- REMMELTS (R.). — Diagnosis of interrupted extra-uterin pregnancy. *Gennesk. tijdschr. v. Nederl. Indiä*, 30 août 1932, t. LXXII, pp. 1171-1179.
- REVOLTELLA (G.). — Gravidanza extra-uterina interstiziale. *Ann. di ostet. et ginec.*, 30 juin 1932, t. LIV, pp. 747-762.
- RHODES (G.-K.) et COLLINS (D.-C.). — Ectopic gestation; clinical study with noter on treatment and value of auto transfusion. *West J. Surg.*, mai 1932, t. XL, pp. 252-257.
- REMMELTS (R.). — Diagnosis of interrupted extra-uterin pregnancy. *Rev. filipina de med. y farm.*, juill. 1933, t. XXIV, pp. 320-324.
- SALVINI (A.). — Rilievi clinici e anatomici su due casi di ematocele solitario da gravidanza extra-uterina. *Clin. ostet.*, mai 1932, t. XXXIV, pp. 306-312.
- SCHAPIRO (J.-S.). — Zur Frage der Schwangerschaft in Tubenstiel. *Zentr. f. Gynäk.*, 24 juin 1933, t. LVII, pp. 1477-1479.
- SCHARMAN (M.). — Ueber die diagnostische Bedeutung der Coeliotomia posterior bei der Gravidität extra-uterina. *Wien. klin. Woc.*, 8 juill. 1932, t. XLV, pp. 877-879.
- SCHERAT et EZES. — Deux cas nouveaux de « douleur tardive élevée ». *Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc.*, avril 1933, t. XXII, pp. 350-351.
- SCHEFFEY (L.-C.), MORGAN (T.-R.) et STIMSON (C.-M.). — Analysis of series of 82 cases of ectopic pregnancy. *Am. J. Obst. a. Gynec.*, juill. 1932, t. XXIV, pp. 103-125.

- SCHEFFMANN (J.).** — Ueber Spontanheilung junger Tubargraviditäten. *Arch. f. Gynäk.*, 1932, t. CL, pp. 537-544.
- SCHIWOWA (B.), GARFUNKEL (P.) et SCHAPIRO (J.).** — Über primare und wiederholte Tubengravidität. *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, oct. 1932, t. XCII, pp. 292-295.
- SCHMITZ (E.).** — Zur Diagnostik der rupturierten Extra-uterin-gravidität (Hofstätter-Cullen-Hellendallsches Phänomen). *Mde. klin.*, 27 mai 1932, t. XXVIII, pp. 756-757.
- SCHWARZ (T.).** — Cullen sign in extra-uterine pregnancy. *Bratisl. lekar. lesty*, janv. 1933, t. XIII, pp. 8-17.
- SEJOURNET (P.).** — Grossesse extra-utérine isthmique diagnostiquée et opérée avant la rupture. *Bull. et Mém. Soc. de méd. de Paris*, 27 mai 1933, t. CXXXVII, pp. 370-374.
- SIDDALL (A.-C.).** — Utero-tubal pregnancy. *Chinese M. J.*, oct. 1932, t. XLVI, pp. 982-985.
- SORRONTINO (B.).** — Gravidanza tubarica interstiziale, varieta intra-murale; nevralgia frenica destia. *Riforma med.*, 12 nov. 1932, t. XLVIII, pp. 1767-1769.
- TERECHOWA (A.).** — Zür Frage über die morphologischen und funktionellen Beziehungen zwischen der Fötalelementen und der Uterustubenwand während der Gravidität. *Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, déc. 1932, t. XCIII, pp. 66-82.
- THERKELSEN (F.).** — Ein Fall von Extrauterin-gravidität bei Tubentuberkulose. *Acta path. et microbiol. Scand.*, 1932, t. IX, pp. 249-257.
- THÉRON (R.).** — Case of threatened tubal abortion. *South Africa M. J.*, 22 avril 1933, t. VII, p. 260.

- TOMMASELLI (A.). — La gravidanza tubarica recidivante. *Morgagni*, 23 avril 1933, t. LXV, pp. 526-530.
- TOUBERWSKY (D.-D.). — La viscosité du sang dans la grossesse extra-utérine et dans les annexités inflammatoires. *Rev. franç. de Gynéc. et d'Obst.*, juill. 1932, t. XXVII, pp. 348-357.
- TRILLAT, MICHON (L.). et DARGENT. — Un cas de grossesse interstitielle rompue, opérée par réimplantation tubaire. *Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, nov. 1932, t. XXI, pp. 704-707.
- ULRICH (P.). — De l'inconstance de l'écoulement sanguin par l'utérus dans la grossesse extra-utérine rompue. *Rev. franç. de Gynéc. et Obst.*, janv. 1933, pp. 596-599.
- VIGNES (H.). — Diagnostic biologique de la grossesse extra-utérine. *Presse méd.*, 16 sept. 1933, t. XLI, pp. 1440-1442.
- Diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Presse méd.*, 13 sept. 1933, t. XLI, pp. 1427-1428.
- VIOLET. — Au sujet d'un cas de grossesse tubaire isthmique à rupture précoce simulant une appendicite. *Lyon méd.*, 26 fév. 1933, t. CLI, pp. 254-257.
- VOLOSA (S.-L.). — Hématie reaction of blood in extra-uterine pregnancy. *Sovet. urach. gaz.*, 15 mars 1932, pp. 305-306.
- WEBB (C.-C.). — Ruptured (rarer type) ectopic gestation with review of literature and a case report. *J. Florida M. Ass.*, juin 1932, t. XVIII, pp. 570-571.
- WEBSTER (R.-C.). — Ruptured ectopic gestation. *Brit. M. J.*, 29 oct. 1932, t. II, pp. 294-295.
- WECHSLER (B.-B.). — Tubal pregnancy at term. *Ar. J. Obst. a Gynac.*, avril 1933, t. XXV, pp. 600-601.
- WEHRUNG (E.). — Deux nouveaux cas d'avortement tubaire à évolution lente. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, mai 1933, t. XXII, pp. 443-445.

WODON (J.-L.). — Intérêt du test de Aschheim-Friedeman pour le diagnostic et pour la thérapeutique de la grossesse ectopique. *Bruxelles méd.*, 12 fév. 1933, t. XIII, pp. 414-417.

ZHIVOVA, GARFUNKEL et SHAPIRO. — Primary and recurrent tubal pregnancy. *J. akush. i zhensk. bobez.*, 1932, n° 5/6, pp. 35-38.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	17
Classification et symptômes cliniques	19
Evolution. Complication. Marche	26
Diagnostic	33
Traitement	55
Observations	71
CONCLUSIONS	78
BIBLIOGRAPHIE	81

